

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

CONCOMITANCE ENTRE L'ANXIÉTÉ ET LA DÉPRESSION LORS DE LA
TRANSITION PRIMAIRE-SECONDAIRE ET SES FACTEURS ASSOCIÉS

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ROXANNE RICHARD

AVRIL 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Cette thèse a été rendue possible grâce au soutien de plusieurs personnes. Dans un premier temps, l'auteure tient à remercier sa directrice de thèse, madame Diane Marcotte, pour son soutien et ses judicieux conseils qui lui ont permis de mener à terme ce projet. Elle tient à remercier Jean Bégin et Annie Lemieux pour leur aide précieuse apportée sur le plan des analyses statistiques. De plus, l'auteure remercie toutes les directions d'école, les enseignants, de même que les élèves des commissions scolaires des Patriotes et de la Riveraine, qui ont participé volontairement à ce projet de recherche. Finalement, l'auteure tient à remercier particulièrement le soutien inestimable apporté par son conjoint Marcel, dont les encouragements, la présence et la confiance ont été grandement appréciés tout au long de ce parcours. L'auteure tient à remercier également ses amies et collègues Caroline, Francine, Michèle, Annie-Claude, Julie, Geneviève, Martine et Joanne, sans oublier les étudiantes du Laboratoire de recherche sur la santé mentale des jeunes en contexte scolaire maintenant graduées et les collègues et amies du Collège Édouard-Montpetit, pour leur précieux soutien et leur amitié, ainsi que Charlie, le fidèle compagnon de rédaction. Un dernier remerciement tout spécial à ses parents, qui ont permis que ce rêve soit possible, mais qui n'ont pu en voir l'aboutissement.

Cette étude a pu être réalisée grâce au soutien financier obtenu pour le projet de recherche mené par madame Diane Marcotte, dont les subventions proviennent du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et du Fonds québécois de recherche sur les sociétés et les cultures. De plus, l'auteure tient à remercier le Fonds de recherche du Québec – Société et culture pour son soutien financier accordé pendant son parcours doctoral.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	
CHAPITRE 1.....	1
1.1 L'anxiété, la dépression et la concomitance	3
1.1.1 Les troubles anxieux : définitions et prévalences	3
1.1.2 Le développement et les conséquences des troubles anxieux	5
1.1.3 La dépression chez les adolescents : définitions et prévalences	7
1.1.4 Le développement et les conséquences de la dépression.....	10
1.1.5 Comorbidité et concomitance	12
1.1.6 La séquence temporelle entre l'anxiété et la dépression	16
1.2 Les modèles explicatifs	20
1.2.1 Modèle cognitif d'Aaron T. Beck (1987)	21
1.2.2 Le modèle cognitif interpersonnel de la dépression (Hammen, 1991)	23
1.2.3 Perspective développementale de la psychopathologie	25
1.2.4 Les modèles de la concomitance anxiété-dépression	27
1.3 Distorsions cognitives	28
1.3.1 Les distorsions cognitives et l'anxiété	29
1.3.2 Les distorsions cognitives et la dépression	30
1.3.3 Les distorsions cognitives et la concomitance anxiété-dépression.....	32
1.4 Les facteurs associés à l'anxiété et la dépression	34
1.4.1 Le soutien des pairs	35
1.4.2 Le soutien des pairs et l'anxiété	36
1.4.3 Le soutien des pairs et la dépression.....	37
1.4.4 Le soutien des pairs et la concomitance	39
1.4.5 Les conflits familiaux	40
1.4.6 Les conflits familiaux et l'anxiété	41
1.4.7 Les conflits familiaux et la dépression	42

1.4.8 Les conflits familiaux et la concomitance anxiété-dépression	43
1.5 La transition primaire : influences sur l'anxiété et la dépression	44
1.6 Le rendement scolaire	47
1.6.1 Le rendement scolaire et l'anxiété	48
1.6.2 Le rendement scolaire et la dépression	49
1.6.3 Le rendement scolaire et la concomitance	50
1.7 Éthique	51
1.8 Objectifs	51
1.8.1 Objectif principal de la thèse	51
1.8.2 Objectifs spécifiques de l'article 1	51
1.8.3 Objectifs spécifiques de l'article 2	52
1.9 Méthode	52
CHAPITRE 2	
PREMIER ARTICLE : LA RELATION TEMPORELLE ENTRE L'ANXIÉTÉ ET LA DÉPRESSION DANS LE CONTEXTE DE LA TRANSITION PRIMAIRE- SECONDAIRE.....	54
RÉSUMÉ	55
2.1 Introduction	57
2.1.1 L'anxiété	57
2.1.2 La dépression	58
2.1.3 Comorbidité et concomitance	58
2.1.4 Séquence d'apparition des troubles	59
2.1.5 Distorsions cognitives	60
2.1.6 Objectifs de l'étude	61
2.2 Méthode	61
2.2.1 Participants	61
2.2.2 Procédures	63
2.2.3 Instruments	63
2.3 Résultats	64
2.4 Discussion	66
2.4.1 Relation temporelle anxiété-dépression	66

2.4.2 Distorsions cognitives et dépression.....	68
2.5 Limites	70
2.6 Conclusion	71
RÉFÉRENCES	72

CHAPITRE 3

DEUXIÈME ARTICLE: LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA CONCOMITANCE ENTRE L'ANXIÉTÉ ET LA DÉPRESSION CHEZ DE JEUNES ADOLESCENTS....77

RÉSUMÉ	78
3.1 Introduction.....	79
3.1.1 Comorbidité et concomitance	80
3.1.2 Les modèles explicatifs.....	81
3.1.3 La présence de conflits familiaux	82
3.1.4 Le soutien social des pairs	83
3.1.5 L'adaptation scolaire	84
3.1.6 Objectifs de l'étude.....	85
3.2 Méthode	85
3.2.1 Participants	85
3.2.2 Procédures.....	86
3.2.3 Instruments	86
3.3 Résultats	88
3.4 Discussion	90
3.5 Conclusion	92
3.6 Limites	94
RÉFÉRENCES	95

CHAPITRE 4

DISCUSSION GÉNÉRALE.....	101
4.1 Rappel des objectifs et résumé des résultats	101
4.1.1 Premier article.....	101
4.1.2 Deuxième article.....	105
4.2 Liens entre les deux articles	110
4.3 Apports de la thèse	112

4.4 Limites et nouvelles avenues de recherche	115
APPENDICE A	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (DSM-IV-TR, 2003)	
.....	118
APPENDICE B	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE (DSM-IV-TR, 2003).....	120
APPENDICE C	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ANXIÉTÉ DE SÉPARATION (DSM-IV-TR, 2003).....	121
APPENDICE D	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (DSM-IV-TR, 2003)	122
APPENDICE E	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DYSTHYMIQUE (DSM-IV-TR, 2003)	
.....	123
APPENDICE F	
CERTIFICAT DE DÉONTOLOGIE.....	124
APPENDICE G	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	126
APPENDICE H	
EXTRAITS DES QUESTIONNAIRES.....	132
RÉFÉRENCES GÉNÉRALES.....	138

LISTE DES TABLEAUX

2.2.1	Nombre de participants par groupe aux deux temps de mesure.....	62
-------	---	----

RÉSUMÉ

Cette thèse a pour objectif principal d'étudier la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression lors du passage primaire-secondaire à l'aide d'un devis longitudinal. Elle tente de mieux comprendre l'influence de variables présentes en 6^e année chez les élèves anxieux, soit les distorsions cognitives, les conflits familiaux, la relation avec les pairs et le rendement scolaire, qui sont associées au développement d'une dépression concomitante en 2^e secondaire. La présentation d'un cadre théorique, d'une introduction et d'une méthodologie générale amorcera cette thèse, laquelle est suivie de deux articles et d'une discussion générale. Un échantillon de 146 élèves de 6^e année du primaire (62 filles, 84 garçons) dont la moyenne d'âge était de 11,22 ans au temps 1, a été utilisé. Ces élèves proviennent de 12 écoles primaires de la Rive-Sud de Montréal et de la région de Trois-Rivières. Le *Dominique Interactif pour Adolescents* (Bergeron et al., 2010) est utilisé pour mesurer la présence d'anxiété et de dépression chez les élèves alors que l'*Échelle des attitudes dysfonctionnelles* (Weissman et Beck, 1978) sert à mesurer la présence des distorsions cognitives. Les résultats du premier article (Richard et Marcotte, 2013) démontrent une tendance entre la manifestation d'anxiété au temps 1 et le développement d'un trouble dépressif au temps 2, chez les filles seulement. La dépression pure n'étant pas observée, une concomitance entre l'anxiété et la dépression est observée au temps 2 de l'étude. La présence de distorsions cognitives distingue les groupes d'élèves anxieux et anxieux-dépressifs sur le plan transversal seulement. Ces résultats démontrent que les élèves anxieux de 6^e année manifestent déjà certaines distorsions cognitives associées à la dépression, soit les distorsions liées à la réussite et à la dépendance, alors que les élèves anxieux-dépressifs de 2^e secondaire se distinguent des élèves anxieux par la présence de distorsions associées à la dépendance seulement. Ces résultats reflètent l'importance d'intervenir chez les élèves anxieux, de manière à prévenir le développement ultérieur d'une dépression, et ce plus spécifiquement chez les filles. Les résultats du second article (Richard et Marcotte, sous presse, dans la *Revue canadienne de l'éducation*) démontrent que le rendement scolaire des filles anxieuses est plus faible, comparativement à celui des garçons anxieux. De plus, en 2^e secondaire, les élèves anxieux-dépressifs se distinguent des élèves anxieux par la présence de plus de conflits familiaux et de moins de soutien des pairs. Sur le plan longitudinal, seule la présence de conflits en 6^e année chez les élèves anxieux est marginalement associée au groupe d'élèves anxieux-dépressifs de 2^e secondaire. Le *Dominique Interactif pour Adolescents* est utilisé pour mesurer l'anxiété et la dépression, alors que le *Questionnaire du soutien social perçu par les amis* (PSS-A; Procidano et Heller, 1983) mesure le soutien des pairs et l'*Échelle de l'environnement familial* (Moos et Moos, 1981) mesure la présence de conflits. Ces résultats soulèvent l'importance d'intervenir auprès des élèves anxieux de 6^e année, notamment en leur offrant un soutien précoce, afin de prévenir le développement d'un trouble concomitant avec la dépression.

MOTS-CLÉS: anxiété, dépression, concomitance, transition primaire-secondaire-secondaire

CHAPITRE 1 INTRODUCTION

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude longitudinale de neuf années dont l'objectif général est de mieux comprendre l'émergence des troubles de santé mentale intériorisés (dépression et anxiété) pendant les transitions scolaires primaire-secondaire et secondaire-collégial (www.labomarcotte.ca).

Les études démontrent que ces deux psychopathologies se présentent souvent de façon concomitante ou séquentielle à l'intérieur d'une période plus ou moins longue (Sorensen, Nissen, Mors et Thomsen, 2005; Wittchen, Beesdo, Bittner et Goodwin, 2003; Zahn-Waxler *et al.*, 2000). À ce jour, de nombreuses études se sont intéressées à ces deux problématiques tout au long du développement de l'individu (Beesdo, Knappe et Pine, 2009; Hammen, Brennan, Keenan-Miller et Herr, 2008; Hankin, 2006; Rapee, Schniering et Hudson, 2009). Par contre, leur association temporelle, notamment lorsque l'anxiété précède la dépression, demeure encore incomprise, bien que quelques modèles théoriques aient tenté d'expliquer l'étroite association entre l'anxiété et la dépression (Andover, 2011; Kouros, Quasem et Garber, 2013; Schleider, Klaue et Gillham, 2014).

La période de l'adolescence suscite beaucoup d'intérêt chez les chercheurs. Cette étape du développement est synonyme de nombreux changements, car les jeunes font face à plusieurs défis développementaux, que ce soit sur le plan de l'autonomie, de la puberté, du réseau des pairs et des changements d'environnements scolaires, en passant du primaire au secondaire (Nolen-Hoeksema et Hilt, 2009; Hammen et Rudolph, 2003; Rudolph, 2009a). Pour certains d'entre eux, ces défis peuvent engendrer un stress important, alors que pour d'autres, ils peuvent être vécus sans difficulté majeure. Parmi les problématiques rencontrées à cette période du développement, la dépression et l'anxiété démontrent des taux de prévalence élevés, ceux-ci étant encore plus marqués chez les filles (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler et Angold, 2003; Essau *et al.*, 2000). L'anxiété et la dépression sont parmi les troubles les plus souvent observés, et cela, de façon concomitante ou séquentielle chez les adolescents (Angold, Costello et Erkanli, 1999; Costello *et al.*, 2003). Plusieurs études ont démontré que lorsque les deux troubles

sont présents chez un même individu, l'anxiété apparaît avant la dépression, bien que cette séquence temporelle soit encore mal comprise (Bittner *et al.*, 2004; Schleider, Krause et Gillham, 2014; Wittchen, Kessler et Pfister, 2000). De même, de nombreuses variables en lien avec l'une ou l'autre de ces problématiques ont été étudiées, mais l'influence de ces dernières sur le développement d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression est encore peu documentée (Schleider *et al.*, 2014).

La présence de ces deux troubles à l'adolescence demeure un intérêt de recherche majeur puisque ces derniers ont des répercussions importantes sur leur développement des élèves, tant sur le plan personnel, relationnel, que scolaire (Essau, 2003). De plus, ils passent souvent inaperçus chez l'enfant et l'adolescent, ce qui a pour conséquence que plusieurs d'entre eux ne recevront pas de soins professionnels (Albano, Chorpita et Barlow, 2003). En classe, l'enseignant a de la difficulté à reconnaître les besoins particuliers des élèves anxieux ou dépressifs, puisque ces derniers ne sont pas nécessairement perturbateurs, à moins qu'un trouble extériorisé soit aussi présent, tels que le trouble des conduites ou le trouble oppositionnel (Ramirez, Feeney-Kettler, Flores-Torres, Kratochwill et Morris, 2006). Il a d'ailleurs été démontré que les élèves dépressifs étaient plus à risque de décrocher de l'école que les autres élèves (Gagné, Marcotte et Fortin, 2011). Sans intervention, ces troubles peuvent se maintenir jusqu'à l'âge adulte et favoriser l'émergence de problèmes d'adaptation importants tels que le chômage, la consommation de drogues et d'alcool, des difficultés relationnelles et un risque suicidaire plus élevé (Pine, Cohen, Gurley, Brook et Ma, 1998; Woodward et Fergusson, 2001).

Cette thèse est présentée sous la forme de deux articles scientifiques, lesquels sont précédés par une introduction générale, qui fait état des différents concepts étudiés. Suivent les deux articles scientifiques; le premier s'intéresse davantage à la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression et la présence de distorsions cognitives en contexte de la transition primaire-secondaire, alors que le deuxième démontrera l'influence de variables psychosociales (soutien des pairs, conflits familiaux et rendement scolaire), sur le développement d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression. Pour terminer, une discussion générale présente un résumé des résultats obtenus ainsi que les avancés scientifiques de ce projet.

1.1 L'anxiété, la dépression et la concomitance

Comme il a été mentionné précédemment, l'anxiété et la dépression sont présentes à l'adolescence, et parfois en cooccurrence l'un avec l'autre. Bien que ces troubles soient de nature intériorisée, ils se distinguent l'un de l'autre et apparaissent à différents moments du développement, tout en étant plus fréquents chez les filles adolescentes, en général (Dumas, 2007). Leur présence n'est pas sans conséquence sur le développement des élèves, ce qui sera discuté dans les prochaines sections de ce chapitre.

1.1.1 Les troubles anxieux : définitions et prévalences

L'anxiété est une émotion universelle qui permet d'affronter des situations potentiellement dangereuses. En anticipant un événement dangereux, elle permet de se préparer pour y faire face. Mais, lorsque la peur et l'angoisse relativement à des objets ou des situations qui ne représentent pas un danger réel ou ne portent pas atteinte au bien-être de l'individu sont ressenties de manière démesurée et répétée, la réponse anxieuse n'est plus considérée comme étant adaptée. L'anxiété éprouvée entraîne alors des problèmes de développement et d'adaptation qui se traduisent tant sur le plan cognitif, comportemental que physiologique (Dumas, 2007).

Les troubles anxieux comprennent sept types de troubles, variant selon l'objet de la peur (American Psychiatric Association, APA, 2003): l'anxiété de séparation, la phobie spécifique, l'anxiété généralisée, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble panique et l'état de stress post-traumatique. Seuls les trois premiers types seront considérés dans cette étude puisqu'ils sont les troubles anxieux susceptibles d'être les plus fréquemment observés dans l'échantillon choisi, en fonction du groupe d'âge des participants (Turgeon et Brousseau, 2001). Afin d'émettre un diagnostic de trouble anxieux, un nombre minimum de critères doivent être présents, durant une période de temps déterminée et causer des problèmes importants de fonctionnement. Puisque cette étude a été réalisée avant que le DSM-V (APA, 2013) ne soit publié, les critères diagnostiques de chacun des troubles de la version précédente sont utilisés et présentés

aux appendices A, B et C. Ces trois troubles anxieux seront ici regroupés ensemble pour former une seule catégorie de troubles anxieux.

Comme la prévalence des troubles anxieux varie selon le type d'anxiété mesuré, les différents instruments de mesure ainsi que l'âge des sujets, il est difficile d'établir les taux exacts de prévalence pour chacun des troubles. La prévalence des troubles anxieux chez les enfants est estimée à plus de 10 %, selon les résultats de 11 études épidémiologiques (Pine, 1994), alors que Costello et ses collègues (2011) rapportent un taux de prévalence moyen, estimé à partir d'une méta-analyse de 26 études, de 11 %, chez des adolescents (13 à 18 ans).

Par ailleurs, une étude épidémiologique populationnelle réalisée auprès d'adolescents (13 à 17 ans) révèle un taux de prévalence générale de l'anxiété sur 12 mois, de 24,9 % (Kessler *et al.*, 2012), cela signifie que la prévalence est mesurée à l'intérieur d'une période de 12 mois. De façon plus spécifique, ces auteurs dénotent un taux de prévalence à 12 mois pour l'anxiété de séparation de 1,6 %. Pour la phobie spécifique, il est estimé à 15,8 %. L'anxiété généralisée démontre un taux plus faible, soit de 1,1 %. Une étude plus récente (Burstein, Beesdo-Baum, He et Merikangas, 2014) observe un taux de 3 % pour l'anxiété généralisée chez des jeunes âgés de 13 à 18 ans. Lorsque le critère de durée est réduit à trois mois, ce taux augmente à 5 %. Dans une étude épidémiologique québécoise, dont la réalisation date cependant du début des années 90, l'anxiété de séparation peut être observée chez environ 1,8 % à 2,4 % des adolescents (12 à 14 ans), la phobie spécifique chez 10,2 % d'entre eux alors que 0,8 % présentaient de l'anxiété généralisée (Breton *et al.*, 1999). L'étude épidémiologique de Merikangas et ses collègues (2010), réalisée auprès de 10 323 adolescents (13 à 18 ans), révèle les taux de prévalence à vie pour les 13 à 14 ans de 7,8 % pour l'anxiété de séparation, 21,6 % pour la phobie spécifique et de 1,0 % pour l'anxiété généralisée.

En plus des différents troubles anxieux, plusieurs adolescents ressentent un nombre important de symptômes, sans atteindre tous les critères diagnostiques d'un trouble. À titre d'exemple, une étude réalisée auprès d'adolescents allemands a démontré que 24,1 % des filles et 12,7 % des garçons affirmaient ressentir un ensemble de symptômes

anxieux importants, sans toutefois répondre aux critères d'un trouble anxieux (Manz, Junge et Margraf, 2001). Une autre étude rapporte un taux de prévalence moyen de 13,2 % pour les symptômes anxieux ressentis, selon un instrument de mesure autoévaluative, soit l'*Échelle d'Anxiété Manifeste* de Reynolds et Richmond (1985, dans Boyd, Kostanski, Gullone, Ollendick et Shek, 2000). La présence de tels symptômes augmente le risque qu'un trouble anxieux ne se développe et nécessite une intervention (Graber, 2004).

1.1.2 Le développement et les conséquences des troubles anxieux

L'étude de Costello et ses collègues (2003) témoigne que la présence de troubles anxieux devient plus significative vers l'âge de 9 ou 10 ans, avec un taux de prévalence de 4,6 %. Selon cette même étude, la prévalence aurait tendance à diminuer par la suite. Par contre, selon Essau et ses collègues (2000), la fréquence des troubles anxieux augmenterait avec l'âge et de façon significative entre 12 et 13 ans et entre 14 et 15 ans. Les différents troubles anxieux semblent affecter plus de filles que de garçons (Bergeron *et al.*, 2007; Dumas, 2007) et cette différence de genre semble être plus marquée vers l'âge de 14 ans (Essau *et al.*, 2000). Cette différence de genre ne serait pas présente pour les troubles obsessionnel-compulsif et l'anxiété sociale, pour lesquels autant d'adolescents que d'adolescentes sont atteints (Dumas, 2002). Une étude de Lewinsohn et ses collègues (1998) (N= 1,079) révèle que cette différence de genre est significative, autant sur le plan des symptômes ressentis que de la présence du trouble diagnostique, lesquels sont mesurés par le *K-SADS* (Orvaschel, Puig-Antich, Tabrizi et Johnson, 1982). Dans l'étude transversale québécoise de Breton et ses collaborateurs (1999) réalisée auprès de 2400 participants, les adolescentes avaient quatre fois plus de probabilités de manifester un trouble anxieux, lequel était mesuré à l'aide du *DISC-2.25* (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume et St-Georges, 1999), comparativement aux garçons de 12 à 14 ans, alors que ce risque est diminué de moitié lorsque les filles sont âgées de 6 à 11 ans.

Différentes variables psychosociales ont été associées à la présence significative de l'anxiété chez les filles à l'adolescence: ces dernières affirment vivre plus d'événements

stressants; elles sont plus centrées sur leur autoévaluation et sur les changements corporels qui se manifestent; elles ont une estime de soi plus faible que les garçons; elles ressentent plus de problèmes de santé; elles rapportent plus de symptômes psychosomatiques et elles sont plus dépendantes du soutien social reçu que les garçons (Albano, Chorpita et Barlow, 2003). De plus, la peur et l'anxiété sont socialement plus associées au genre féminin que masculin en Amérique du Nord (Costello *et al.*, 2011); les émotions négatives et les comportements d'évitement sont attendus de la part des filles, alors que pour les garçons, il est convenu que ces derniers adoptent des comportements basés sur l'action et le courage.

De manière générale, les troubles anxieux se développent progressivement et peuvent devenir chroniques. Si aucune intervention n'est offerte aux élèves, certaines problématiques sont observées : un risque que se développe un trouble de santé mentale comme un trouble anxieux ou de l'humeur, un problème de consommation de drogues ou d'alcool, un abandon précoce des études et un risque suicidaire plus élevé à l'âge adulte (Pine, Cohen, Gurley, Brook et Ma, 1998; Woodward et Fergusson, 2001). Une étude longitudinale populationnelle récente (N= 816) a d'ailleurs démontré que la présence d'anxiété à l'adolescence, mesurée par le K-SADS (Ovashchel *et al.*, 1982), comparativement à l'anxiété observée pendant l'enfance, avait des conséquences plus négatives à l'âge de 30 ans, dont de faibles habiletés d'adaptation, des problèmes familiaux, plus de difficultés au travail, de même que davantage de stress chronique, en plus de prédire les troubles d'abus de drogues et d'alcool et une récurrence du trouble lui-même (Essau, Lewinsohn, Olaya et Seeley, 2014). De plus, la présence d'anxiété de façon significative peut avoir des conséquences sur l'adaptation des adolescents dans différentes sphères de la vie quotidienne et ainsi agir sur leur développement (Essau *et al.*, 2000). L'estime de soi des adolescents anxieux peut aussi être atteinte, puisque ces jeunes peuvent se percevoir comme inadéquats, peureux ou encore incompetents face à des situations nouvelles ou ambiguës. Trop préoccupé par ses craintes ou par la présence de symptômes désagréables, le jeune anxieux peut se retirer de son cercle d'amis et ainsi freiner le développement de ses habiletés sociales ou avoir de la difficulté à maintenir de saines relations familiales. L'anxiété peut aussi restreindre la participation aux activités

scolaires, si les symptômes présents sont invalidants et les préoccupations trop envahissantes (Dumas, 2007). À l'école, les élèves anxieux rencontrent certaines difficultés avec les pairs, manifestent plus de problèmes d'attention, affichent un taux d'absentéisme plus important, des difficultés de rendement scolaire ainsi qu'un risque de décrochage scolaire plus significatif que les autres élèves (Witteborg, Lowe et Lee, 2009).

1.1.3 La dépression: définitions et prévalences

La dépression fait partie du groupe diagnostique des troubles de l'humeur, qui sont marqués par une altération de l'humeur et un changement significatif des émotions (Dumas, 2007). Achenbach (1991) détermine que la dépression tout comme l'anxiété fait partie des troubles dits «intériorisés», lesquels se caractérisent par des sentiments de tristesse, la peur de tout ce qui est nouveau ou le retrait social, par opposition aux troubles «extériorisés» qui eux, se définissent par des agressions, de l'intimidation ou le rejet des règles.

La dépression se mesure selon trois niveaux: le symptôme dépressif, le syndrome dépressif ou le trouble dépressif (Hammen et Rudolph, 2003) tel que défini par le DSM-IV. Le symptôme dépressif correspond à un sentiment de détresse et de tristesse qui ne nécessite pas d'intervention. Sa nature est circonstancielle et temporaire et il n'entrave pas le fonctionnement de l'individu de façon significative (Marcotte, 1995, 2013). Ce type d'humeur est ressenti chez la plupart des individus, et ce, de façon plus importante à l'adolescence, pendant des périodes plus ou moins longues. Les taux de prévalence de la dépression définie comme un symptôme varient entre 10 % et 40 %, selon que le parent ou l'adolescent en fait l'évaluation (Compas, Ey et Grant, 1993).

La dépression comme syndrome est évaluée à partir de mesures autoévaluatives. Le syndrome est constitué d'un ensemble de symptômes de type affectif, comportemental, somatique et cognitif qui se manifestent en même temps et qui dépassent en importance l'humeur dépressive passagère, sans pour autant répondre à l'ensemble des critères diagnostiques du trouble (Marcotte, 2013). Un score de coupure prédéterminé est utilisé

pour identifier les individus qui manifestent un syndrome dépressif. Lorsque le sujet a un score plus élevé que le score de coupure, ce dernier est plus à risque de s'approcher du trouble diagnostique. De plus, le syndrome est un fort prédicteur du trouble dépressif et demande qu'on s'y intéresse davantage (Graber, 2004). Plusieurs études réalisées réfèrent à ce syndrome plutôt qu'au trouble dépressif, puisque les échantillons populationnels sont souvent plus représentatifs du syndrome que du trouble clinique (Chaplin, Gillham et Seligman, 2009), puisqu'un nombre important d'élèves peuvent présenter un ensemble de symptômes, sans répondre aux critères du trouble.

De façon générale, le syndrome dépressif est plus présent que le trouble dépressif et cela, indépendamment de l'âge des sujets (Lewinsohn, Shankman et Gau, 2004). Dans l'étude de Kessler et ses collègues (2001), entre 20 % et 50 % des jeunes âgés de 11 à 18 ans excédaient le score de coupure d'une mesure autoévaluative du syndrome dépressif. Au Québec, environ 16 % des adolescents, soit 25 % des filles et 10 % des garçons présentent un syndrome dépressif (Marcotte, 1995, 2000). Une étude finlandaise a relevé un taux de 17, 2 % en ce qui concerne la présence du syndrome dépressif chez des adolescents (14 à 16 ans) (Kaltiala-Heino, Rimpela, Rantanen et Laippala, 2001), ce qui soutient la forte présence du syndrome dépressif à cette période du développement.

Les adolescents qui manifestent un ensemble de symptômes tels que définis par le syndrome, vivent plus de stress au quotidien que les autres adolescents, ont une perception négative de leurs habiletés sociales, se caractérisent par une faible estime d'eux-mêmes, perçoivent moins de soutien de leurs pairs, vivent plus de conflits avec leur famille et rencontrent des difficultés sur le plan de leur rendement scolaire (Gotlib, Lewinsohn et Seeley, 1995).

Lorsqu'il est question de la dépression au sens diagnostique à l'adolescence, la dépression majeure et la dysthymie sont les troubles les plus courants. Afin d'émettre un diagnostic de dépression majeure, l'adolescent doit présenter un sentiment de tristesse et / ou une perte d'intérêt pour ses activités, en plus de ressentir presque tous les jours, un minimum de quatre symptômes parmi les suivants, et ce pendant au moins deux semaines: perte/gain de poids ou de l'appétit, insomnie / hypersomnie, agitation/

ralentissement psychomoteur, perte d'énergie ou fatigue, difficulté à se concentrer, sentiment de culpabilité et idéation suicidaire. Voir l'appendice D pour les critères diagnostiques plus détaillés, selon le DSM-IV-TR (APA, 2003).

La dysthymie est un autre trouble de l'humeur présent à l'adolescence. Il est plus chronique et moins sévère que la dépression majeure, mais les différents symptômes doivent être présents depuis au moins un an. Les critères diagnostiques sont présentés à l'appendice E.

Depuis plusieurs années, on remarque une augmentation des troubles dépressifs à l'adolescence (Hammen et Rudolph, 2003). Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer cette augmentation. Les changements sociaux, tels que le démantèlement de la famille, l'individualisme de nos sociétés occidentales, l'augmentation du stress en général et l'absence de soutien social, sont les facteurs les plus souvent mis en cause (Essau et Chang, 2009). Une étude rapporte qu'entre 17 % et 20 % des jeunes connaîtront un épisode dépressif avant la fin de leur adolescence (Glowinski, Madden, Bucholz, Lynskey et Heath, 2003). Une étude longitudinale de Costello et ses collègues (2003), dont l'échantillon est composé de 6674 jeunes âgés de 9 à 16 ans, rapportent des taux de prévalence sur trois mois variant de 1,9 % (11 ans), 0,4 % (12 ans), 2,6 % (13 ans), 2,7 % (14 ans), 3,7 % (15 ans) et 3,1 % (16 ans) pour un trouble de l'humeur. Une étude épidémiologique populationnelle réalisée auprès d'adolescents américains (13 à 18 ans) révèle un taux de prévalence à 12 mois de 8,2 % sur la présence de dépression majeure ou de dysthymie, ce qui signifie que la prévalence est mesurée à l'intérieur d'une période de 12 mois (Kessler *et al.*, 2012). Parmi un échantillon de jeunes Québécois (12 à 14 ans), le taux de prévalence de la dépression est évalué à 3,4 % (Bergeron *et al.*, 2007). Les études de prévalence sur la dysthymie sont plus rares, mais il apparaît que le développement de ce trouble s'apparente à la dépression majeure, avec un taux plus élevé à l'adolescence (Reinherz *et al.*, 2006). Des études ont observé des taux variant de 1,6 % à 8 % chez les adolescents (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley et Andrews, 1993).

1.1.4 Le développement et les conséquences de la dépression

Bien que le trouble dépressif soit parfois observé dès l'enfance (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan et Slattery, 2000), plusieurs études observent que ce dernier augmente de manière importante à l'adolescence. Par exemple, dans une étude de Costello et ses collègues (2003), à l'âge de 9-10 ans, un taux de 0,5 % est observé pour l'ensemble des troubles de l'humeur, alors qu'à l'âge de 13 ans, ce taux est de 2,6 % pour atteindre 3,7 % à l'âge de 15 ans. De façon générale, la dépression serait moins présente entre l'âge de 7 et 12 ans qu'entre 13 et 18 ans (Avenevoli, Knight, Kessler et Merikangas, 2008). Un nombre important d'études évaluent l'âge d'apparition d'un premier épisode dépressif, entre 13 et 15 ans (Cooper et Goodyer, 1993; Lewinsohn *et al.*, 1993).

Une différence entre les filles et les garçons apparaît entre 12 et 14 ans selon plusieurs auteurs (Costello *et al.*, 2003; Wade, Cairney et Pevalin, 2002). L'étude longitudinale de Hankin et ses collègues (1998) révèle qu'une différence importante entre les deux sexes émerge après l'âge de 11 ans et augmente entre 15 et 18 ans. Un ratio de deux filles pour un garçon est souvent observé pour la dépression majeure ainsi que pour la dysthymie. Cependant, en ce qui concerne le syndrome dépressif, les résultats sont plus partagés. L'étude de Marcotte (2000), rapporte que le syndrome est présent chez 25 % des filles, alors qu'il est observé que chez 10 % des garçons. Ce ratio de deux filles pour un garçon n'est pas observé dans l'étude de Gonzalez-Tejera et ses collègues (2005). Par contre, cette différence de genre devient significative lorsque les symptômes dépressifs augmentent.

Plusieurs hypothèses ont été émises pour tenter d'expliquer l'augmentation de la dépression chez les filles à l'adolescence: la présence de plusieurs stressors interpersonnels négatifs, les changements hormonaux, les différentes stratégies d'adaptation en situation de stress, ainsi que les interactions entre ces différents facteurs (Hammen et Rudolph, 2003). Des études ont démontré que les filles éprouvent plus de stress en lien avec leurs relations sociales et amoureuses à cette période du développement que les garçons, puisque ces dernières créées davantage de relations d'intimité avec leurs amies et recherchent du soutien et du réconfort au sein de ces

dernières (Goodyer, 2001; Hankin, Mermelstein et Roesch, 2007). Lorsque des conflits apparaissent, les filles se sentent plus concernées et elles éprouvent plus d'émotions négatives que les garçons. De plus, la puberté et les changements biologiques auxquels les filles doivent faire face, dont une augmentation de la masse adipeuse (Nolen-Hoeksema et Hilt, 2009), sont souvent vécus plus négativement que chez les garçons, ce qui les rend plus vulnérables relativement au développement d'un trouble intériorisé comme la dépression. Contrairement à leurs pairs masculins, elles sont soumises à des pressions sociales en lien avec l'image d'un idéal de beauté du corps féminin (Dumas, 2007).

Un modèle diathèse-stress, où la dépression résulte d'une interaction entre les vulnérabilités personnelles et la présence de stressseurs, a été proposé par Nolen-Hoeksema et Girgus (1994). Ce modèle explique l'émergence de la différence sexuelle dans la prévalence de la dépression à l'adolescence, par les transitions sociales et contextuelles vécues (Rudolph, 2009b). Selon ce modèle, les filles seraient particulièrement vulnérables à cette période puisqu'elles traversent leur puberté en synchronie avec l'avènement de différents stressseurs, dont la transition primaire-secondaire. Comme il a été mentionné antérieurement, les changements propres à la puberté ne sont pas toujours vécus de façon positive pour les filles, car ces dernières ont souvent une image négative des changements corporels vécus, comparativement aux garçons.

De plus, la manière dont les filles gèrent le stress comparativement aux garçons, influence le développement d'un trouble de l'humeur. Ces dernières ont tendance à ruminer leurs émotions négatives davantage entre elles, c'est-à-dire qu'elles vont entretenir la présence d'émotions négatives en les ressassant continuellement, sans s'engager dans un processus de résolution de problème efficace. Cette façon de réagir les rend plus vulnérables au développement de symptômes dépressifs. Alors que face aux stressseurs, les garçons se mobilisent davantage dans l'action et vers l'extériorisation des émotions ressenties (Nolen-Hoeksema, 2000).

Les conséquences de la présence d'un trouble de l'humeur à l'adolescence sont

considérables: le développement optimal de différentes habiletés, sur le plan social, familial ou scolaire peut être compromis (Rao et Chen, 2009). Sur le plan de l'adaptation scolaire par exemple, la présence de dépression chez les adolescents est fortement reliée au décrochage (Gagné, Marcotte et Fortin, 2011; Marcotte, Fortin, Royer, Potvin et Leclerc, 2001). D'ailleurs, la dépression chez les élèves au début du secondaire est l'un des facteurs de risque pouvant prédire le risque de décrochage scolaire à l'âge de 19 ans (Fortin, Marcotte, Diallo, Potvin et Royer, 2013). Les adolescents dépressifs sont aussi plus à risque de commettre un geste suicidaire (Reinherz *et al.*, 1995). De plus, le trouble dépressif qui apparaît à l'adolescence augmente la probabilité que ce dernier réapparaisse à l'âge adulte (Kim-Cohen *et al.*, 2003). Entre 40 % et 70 % des jeunes qui ont eu un trouble dépressif à l'adolescence verront ce trouble réapparaître à l'âge adulte (Rutter, Kim-Cohen et Maughan, 2006). Enfin, la présence de ce trouble à cette période du développement augmente le risque qu'un autre trouble apparaisse à l'âge adulte : problème de consommation, trouble anxieux, problème de personnalité ainsi que la présence d'un risque suicidaire plus important (Hammen et Rudolph, 2003; Lewinsohn *et al.*, 1994).

1.1.5 Comorbidité et concomitance

La définition de la concomitance, parfois nommée comorbidité, peut varier d'une étude à l'autre. Cette dernière se définit selon la nature de la relation entre les différents troubles ainsi que par sa temporalité. Sa nature peut être homotypique, si plus d'un trouble d'une même classe diagnostique sont présents, comme par exemple, l'anxiété sociale et l'anxiété généralisée. Elle peut être aussi hétérotypique, lorsque les deux troubles présents sont d'un groupe diagnostique différent, comme l'anxiété et la dépression. De plus, elle se manifeste de façon concurrente ou concomitante, c'est-à-dire que les troubles sont présents simultanément chez l'individu. Angold et ses collaborateurs (1999) rapportent que selon les études sur la cooccurrence des troubles, cette dernière peut s'installer à l'intérieur d'une période variant de trois mois à trois ans. En ce qui concerne la comorbidité successive ou temporelle, les problématiques ne doivent pas être observées simultanément, mais plutôt à différentes périodes de la vie et le premier trouble ne doit

plus être présent lorsque le deuxième apparaît. Cette présente étude s'intéressera donc à la comorbidité concomitante et hétérotypique, ainsi qu'à la séquence temporelle où l'anxiété précède le développement de la dépression en cooccurrence.

La dépression et l'anxiété en tant que troubles purs s'observent moins fréquemment et peuvent s'accompagner d'une autre psychopathologie (Sorensen, Nissen, Mors et Thomsen, 2005; Wittchen *et al.*, 2003; Zahn-Waxler *et al.*, 2000). Bien que la concomitance entre les différents troubles anxieux est souvent rapportée dans les écrits scientifiques, une étude réalisée auprès de 1035 adolescents allemands âgés de 12 à 17 ans observe que 85,9 % d'entre eux présentent tout de même un seul trouble anxieux, alors que 9,4 % en présentent deux et que 4,7 % d'entre eux manifestent au moins trois types de troubles anxieux (Essau, 2003). Une étude plus récente effectuée auprès d'une population clinique (N= 200) (7 à 17 ans) dénote que 12 % des participants manifestaient un trouble dépressif en comorbidité (O'Neil, Podell, Benjamin et Kendall, 2010).

En plus de cette concomitance entre les différents types d'anxiété, les troubles anxieux sont aussi concomitants avec les troubles extériorisés à l'adolescence, mais de façon plus significative avec le trouble dépressif. La concomitance entre l'anxiété et la dépression peut être observée autant chez les enfants, les adolescents que chez les adultes (Andover, Izzo et Kelly, 2011), au sein d'échantillons populationnels ou cliniques (Angold *et al.*, 1999), ainsi que sur le plan de la présence des symptômes et du trouble clinique (Avenevoli, Stolar, Li, Dieker et Merikangas, 2001; Garber et Weersing, 2010). De plus, la présence d'une telle concomitance serait souvent sous-estimée, car la présence de symptômes anxieux, associée à un trouble dépressif ou le contraire, est rarement évaluée dans les études (Zahn-Waxler *et al.*, 2000).

Angold, Costello et Erkanli (1999) révèlent que l'anxiété est présente chez 39 % des adolescents dépressifs, alors que la dépression est présente chez 17 % des sujets anxieux. L'étude de Costello et ses collègues (2003), révèle un rapport de probabilités de 28,9 entre la présence de dépression chez les sujets manifestant un trouble anxieux. Cela signifie que les individus anxieux ont 28,9 fois plus de risque de développer un trouble dépressif en comparaison aux individus qui n'ont pas de trouble anxieux. Dans une étude

qui s'intéresse à la relation entre la présence de différents troubles cliniques ou sous-cliniques, dont l'anxiété et la dépression, le rapport de probabilités entre le développement d'un trouble dépressif, subséquemment à la présence d'anxiété est de 15,06 alors que ce rapport est de 5,81 pour la relation inverse, soit lorsque la dépression est préalablement observée avant que se développe un trouble anxieux, et ce, auprès de jeunes à risque (Gallerani, Garber et Martin, 2010). Par contre, ces résultats sont non significatifs chez des jeunes non à risque, c'est-à-dire lorsque la mère ne présente pas d'histoire de trouble dépressif. Une autre étude réalisée auprès de 1709 adolescents, où l'échantillon est tiré de l'Oregon Adolescent and Depression Project, soit un échantillon populationnel d'adolescents âgés de 14 à 18 ans issus de neuf écoles secondaires de l'état de l'Oregon, révèle que 49 % des sujets anxieux (moyenne d'âge de 16,6 ans) présentent un trouble dépressif en concomitance (Lewinsohn *et al.*, 1993). L'étude d'Essau (2003) citée ci-haut démontre que parmi ceux qui présentent un trouble anxieux en concomitance avec un autre trouble, 30,21 % d'entre eux ont un trouble dépressif. La dépression majeure est concomitante avec tous les types de troubles anxieux, sauf le trouble obsessionnel-compulsif et cette association est plus importante avec l'anxiété généralisée (Costello, Egger et Angold, 2004). L'étude de Lewinsohn et ses collègues (1993) révèle aussi que la concomitance entre l'anxiété et la dépression a tendance à augmenter avec l'âge et qu'elle est plus fréquente à l'adolescence que pendant l'enfance.

Tel qu'il a été mentionné précédemment, de nombreuses études révèlent qu'une différence de genre apparaît de façon plus marquée à l'adolescence où les filles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à manifester un trouble dépressif et elles sont aussi généralement plus anxieuses (Bergeron *et al.*, 2007; Costello *et al.*, 2003). Il serait donc pertinent de croire que les filles seraient plus à risque de développer une concomitance entre l'anxiété et la dépression à l'adolescence que les garçons. Cependant, encore peu d'études ont mesuré la présence d'une telle concomitance en évaluant les différences entre les garçons et les filles. Dans une étude épidémiologique réalisée auprès d'adolescents (14 à 18 ans), le groupe présentant une concomitance entre l'anxiété et la dépression est composé de 79,5 % de filles (Klein, Lewinsohn, Rohde, Seeley et Shankman, 2003). Les résultats d'une étude clinique sur deux ans, démontrent des

résultats similaires, dans un échantillon de 1507 adolescents (14 à 18 ans) (Lewinsohn, Rohde et Seeley, 1995). Dans une autre étude clinique longitudinale (14 à 24 ans), le fait d'être une fille est prédicteur du développement d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression (Wittchen, *et al.*, 2000). Par contre, une étude clinique réalisée auprès d'adolescents (13 à 19 ans) soulève que la prévalence à vie, entre un trouble anxieux et dépressif ne distingue pas les filles des garçons (Karlsson *et al.*, 2006). Il faut mentionner cependant que cette étude révèle des résultats contradictoires, de façon générale, les filles semblent plus concernées à la fois par l'anxiété que par la dépression.

Les effets observés d'une telle concomitance incluent la présence de symptômes dépressifs et anxieux plus sévères ainsi qu'une évolution plus grave des troubles, comparativement à la présence d'un seul trouble, ainsi qu'un pronostic plus négatif (Costello *et al.*, 2003; Franco, Saavedra et Silverman, 2007; Moffit *et al.*, 2007; Seligman et Ollendick, 1998). De plus, les élèves qui présentent une concomitance entre l'anxiété et la dépression connaissent plus de difficultés scolaires, ont un risque de suicide plus élevé et des difficultés d'adaptation plus importantes que lorsqu'un seul trouble est présent (Lewinsohn *et al.*, 1995). Dans une étude clinique, réalisée auprès de jeunes âgés en moyenne de 10 ans, il est démontré que ceux qui présentent une concomitance entre l'anxiété et la dépression, comparativement à un groupe d'anxiété pure, ont un plus faible rendement scolaire, participent à moins d'activités parascolaires, manifestent plus de troubles extériorisés et la qualité de leur relation sociale est jugée comme étant plus faible (Franco *et al.*, 2007).

De plus, lorsque cette concomitance n'est pas identifiée, deux problèmes peuvent surgir. Selon Caron et Rutter (1991), les effets évalués d'une psychopathologie, la dépression par exemple, peuvent être causés par un autre trouble qui est aussi présent, comme l'anxiété. Deuxièmement, la présence d'un deuxième trouble peut influencer la trajectoire du premier, en augmentant l'intensité des symptômes, la durée des épisodes ou encore en causant de plus grandes difficultés d'adaptation psychosociale.

De façon générale, les études sur la concomitance entre l'anxiété et la dépression présentent des résultats inconsistants; les filles semblent plus dépressives et plus

anxieuses que les garçons, mais le lien entre le sexe et le développement d'une telle problématique ne semble pas aussi déterminant.

1.1.6 La séquence temporelle entre l'anxiété et la dépression

Il existe un consensus dans les écrits scientifiques, quant à l'apparition plus précoce des troubles anxieux comparativement aux troubles dépressifs (Wittchen *et al.*, 2000). De nombreuses études longitudinales ou rétrospectives ont évalué la présence d'anxiété en lien avec l'apparition subséquente d'un trouble dépressif (Bittner *et al.*, 2007; Bittner *et al.*, 2004; Costello *et al.*, 2003; Kendall, Hedkte et Aschenbrand, 2006; Kovacs et Devlin., 1998; Pine *et al.*, 1998; Roza, Hofstra, van der Ende et Verhulst, 2003).

La forte relation entre l'anxiété et la dépression a été expliquée dans les écrits scientifiques dans un premier temps par la présence de symptômes similaires, de même que par les mesures communes de certains instruments (Huppert, 2009). De plus, la présence d'un facteur de risque commun à l'anxiété et à la dépression, soit l'affect négatif, a été cité pour tenter d'expliquer cette association (Graber, 2010; Huppert, 2009; Mathew, Petit, Lewinsohn, Seeley et Roberts, 2011). Ensuite, des facteurs de risque communs, par exemple, des événements de vie négatifs, la présence d'inquiétudes ou des vulnérabilités génétiques ont été considérés en lien avec l'expression des deux troubles (Mathew *et al.*, 2011; Middeldorp, Cath, Van Dyck et Boomsma, 2005).

Par contre, différentes hypothèses ont été émises dans le but d'expliquer spécifiquement la séquence temporelle (Andover, 2011; Garber et Weersing, 2010; Mathew, Petit, Lewinsohn, Seeley et Roberts, 2011; Wittchen *et al.*, 2000), lesquelles sont mises à jour dans une publication récente (Schleider *et al.*, 2014). Dans un premier temps, il a été proposé que l'anxiété et la dépression soient issues d'un même trouble, qui pourrait représenter un syndrome général, dont les symptômes se manifesteraient différemment, selon le stade développemental. En ce sens, l'enfant serait plus susceptible d'exprimer des symptômes d'anxiété et l'adolescent, des symptômes dépressifs, et il serait plus apte à exprimer des émotions positives, ce qui lui procurerait une certaine forme de protection envers les symptômes dépressifs (Olin Klein, Lewinsohn, Rohde et Seeley 2008). Cette

proposition semble cependant peu soutenue dans la littérature scientifique (Andover, Izzo et Kelly, 2011; Schleider *et al.*, 2014). Deuxièmement, il est proposé que des facteurs de risque communs à la fois à l'anxiété et à la dépression amènent le développement de ces deux problématiques, dont la première apparaît souvent plus tôt dans le développement. Par exemple, les dysfonctions familiales, les difficultés sociales, les stratégies d'adaptation, la gestion des émotions, les biais cognitifs ainsi que des facteurs neurobiologiques et physiologiques sont considérés comme étant associés aux deux problématiques (Schleider *et al.*, 2014). Finalement, la présence d'anxiété pourrait entraîner le développement de comportements ou des pensées erronées, ce qui augmenterait l'incidence des facteurs de risque qui à leur tour, favoriseraient l'émergence de la dépression. En ce sens, la présence d'anxiété notamment de par ses comportements d'évitement, tels le retrait d'une situation ou le refus de faire face à une problématique crainte, pourrait engendrer certains effets, par exemple la démoralisation ou le manque d'habiletés sociales, qui à leur tour pourraient favoriser l'émergence de la dépression (Andover *et al.*, 2011; Starr et Davila, 2012; Wittchen *et al.*, 2000). Pour l'élève anxieux, le fait d'éviter la situation redoutée ne met pas à profit ses habiletés à résoudre les difficultés, ce qui lui confirme son sentiment d'incapacité. Cette dernière hypothèse est parfois explorée en fonction de la nature de type causale du lien entre l'anxiété et la dépression (Bittner *et al.*, 2004; Rao, 2009; Schleider *et al.*, 2014; Starr et Davila, 2012). Par contre, ce lien de causalité demeure incompris dans la littérature scientifique et la présence de facteurs de risque reliés à l'anxiété pourrait aussi expliquer cette relation conséquente (Mathew *et al.*, 2011).

Bien que cette association temporelle demeure mal comprise (Kouros, Quasem et Garber, 2013; Schleider *et al.*, 2014), un nombre important d'études démontrent que l'anxiété précède la dépression lorsque se développe une comorbidité (Andover *et al.*, 2011; Wittchen *et al.*, 2000; Wittchen, Beesdo, Bittner et Goodwin, 2003). Par contre, les temps de mesure au suivi pour la présence du 2^e trouble sont très variables; pouvant aller de quelques mois à plusieurs années, ce qui rend les résultats des études difficilement comparables (Starr et Davila, 2012).

L'étude longitudinale de Kovacs et ses collaborateurs (1989) effectuée auprès d'une population clinique de 104 enfants (8 à 13 ans) a démontré que sur les 46 % de sujets présentant une concomitance entre l'anxiété et la dépression, près du 2/3 manifestaient le trouble anxieux préalablement au trouble dépressif. Des résultats similaires ont été observés auprès d'un échantillon populationnel. L'étude longitudinale de Bittner et ses collègues (2004) effectuée auprès de 2548 jeunes (14 à 24 ans) conclut que la présence d'anxiété à la base augmente le risque que se développe une dépression quatre années plus tard. D'ailleurs, ce risque est plus significatif si plus d'un trouble anxieux est présent, si des attaques de panique se manifestent et si le fonctionnement de la personne est altéré de manière importante. Dans l'étude de Wittchen et ses collègues (2000), réalisée auprès d'adolescents et de jeunes adultes (14 à 24 ans), la présence d'un trouble anxieux à la base augmente les probabilités qu'une dépression se développe cinq ans plus tard; les rapports de chance varient de deux à quatre, selon le type d'anxiété présent, comparativement à l'absence d'anxiété. Une étude réalisée à partir de l'échantillon d'adolescents (14 à 18 ans) ayant participé au Oregon and Adolescent Depression Project (OADP; N= 1079) de Lewisohn et ses collaborateurs (1993), démontre un lien explicatif entre la présence d'anxiété et l'apparition ultérieure de la dépression (Mathew *et al.*, 2011). Les participants sont mesurés un an plus tard et lorsqu'ils ont l'âge de 24 et de 30 ans. Le résultat qui démontre que la présence d'anxiété prédit le développement de la dépression demeure significatif, même lorsque les facteurs communs à l'anxiété et la dépression sont contrôlés, ce qui met en doute le rôle de l'anxiété dans le développement d'une telle concomitance.

La relation temporelle entre l'anxiété et la dépression peut aussi s'observer au niveau sous-clinique. L'étude de Cole et ses collègues (1998) révèle que les symptômes anxieux présents chez des élèves de 3^e et de 6^e année (N= 300) augmentent le risque que se développent des symptômes dépressifs trois ans plus tard.

Très peu d'études se sont intéressées à la différence de genre dans le développement de cette séquence temporelle. L'étude de Gallerani et ses collaborateurs (2010) réalisée auprès de 240 adolescents, de la 6^e à la 12^e année, révèle que les filles sont plus à risque de développer une dépression que les garçons, que l'anxiété soit présente ou non. Les

troubles ont été mesurés à l'aide du *K-SADS-PL* (Kaufman *et al.*, 1997) et du *A-LIFE* (Keller *et al.*, 1987). D'ailleurs, dans cette étude, les filles sont deux fois plus anxieuses et cinq fois plus dépressives que les garçons. Par contre parmi ces derniers, ceux qui présentent de l'anxiété sous-clinique sont plus à risque de développer une dépression sous-clinique, comparativement aux garçons sans anxiété, ce qui n'est pas le cas au niveau clinique. L'âge des participants de cette étude variant de 12 à 18 ans pourrait avoir influencé ce résultat non significatif, puisque la présence des troubles varie selon l'âge. De plus, la prévalence des troubles anxieux et dépressif à cette période du développement est plus faible chez les garçons que chez les filles, bien que ces derniers puissent manifester un ensemble de symptômes sans présenter le trouble diagnostique.

Une autre étude réalisée auprès de jeunes âgés de 11 ans à 14 ans (Chaplin *et al.*, 2009) s'intéresse aux différentes dimensions de l'anxiété et leur relation aux symptômes dépressifs: générale, hypersensibilité, inquiétude, préoccupation sociale et réactions physiologiques. Les symptômes reliés aux dimensions de l'inquiétude et de l'hypersensibilité prédisent la dépression chez les filles seulement, alors que les symptômes physiologiques sont prédicteur autant chez les filles que chez les garçons.

Les études qui démontrent la relation temporelle inverse c'est-à-dire que le trouble dépressif précède le développement d'un trouble anxieux sont moins nombreuses et pas toujours concluantes. Les résultats de l'étude de Cole et ses collègues (1998) ne démontrent pas de lien significatif entre la présence de dépression et l'augmentation du risque que se développe l'anxiété trois ans plus tard. L'étude clinique de Pine et ses collègues (1998) (N=778) révèle que la présence de dépression majeure à l'adolescence augmente de cinq fois le risque qu'un trouble anxieux se développe à l'âge adulte. Les troubles sont mesurés par l'entrevue diagnostique pour enfants (DISC) (Costello, Edelbroch, et Costello, 1985). Par contre, les sujets de cette étude au temps 1 étaient âgés de 9 à 18 ans (moyenne de 13.7 ans) et au temps 3, de 17 à 26 ans (moyenne d'âge de 22,1 ans), ce qui représente un écart d'âge important. Une autre étude semble démontrer des résultats significatifs autant pour la relation temporelle anxiété-dépression que l'inverse. Cette étude a été effectuée par Costello et ses collègues (2003), auprès d'un

échantillon populationnel de 1420 jeunes (9 à 16 ans). Par contre, lorsque l'effet sexe est contrôlé, les résultats ne sont significatifs que pour les filles seulement.

En résumé, les résultats des études sur la séquence temporelle entre l'anxiété et dépression, chez les enfants et les adolescents, sont inconsistants et la compréhension de la transition du trouble anxieux vers le trouble dépressif demeure à être explorée davantage (Brozina et Abela, 2006; Rice, van den Bree et Thapar, 2004).

Au meilleur de nos connaissances, la trajectoire entre les deux troubles mérite d'être examinée plus attentivement chez la population des jeunes adolescents, puisque les études démontrent que c'est pendant cette transition de l'enfance vers l'adolescence que ces troubles augmentent. De plus, tel qu'il sera abordé subséquemment, l'émergence de cette concomitance mérite d'être étudiée dans le contexte de la transition primaire-secondaire puisque, non seulement l'apparition de l'un et l'autre de ces troubles à cette période du développement est significative, mais aussi leur association temporelle devient davantage intéressante à explorer, dans le contexte où un ensemble de facteurs augmentent la vulnérabilité des jeunes adolescents. L'examen de la concomitance anxiété-dépression dans ce contexte de transition scolaire permettra de mieux comprendre les effets de ces facteurs contextuels scolaires. De plus, bien que la littérature scientifique démontre les conséquences néfastes de la dépression à l'adolescence, très peu d'études ont mesuré l'impact de la cooccurrence de ce trouble avec l'anxiété chez les jeunes. Parmi les résultats disponibles, il a été démontré qu'une telle concomitance implique des symptômes plus sévères que ceux associés à la dépression pure, ainsi que des difficultés d'adaptation plus importantes (Andover *et al.*, 2011). Enfin, des facteurs communs aux deux troubles pourraient aussi être déterminants dans le développement de cette relation (Rice *et al.*, 2004). Ainsi, il est pertinent d'étudier certains de ces facteurs liés à la fois à l'anxiété et à la dépression, lesquels seront considérés dans le cadre de différents modèles théoriques explicatifs.

1.2 Les modèles explicatifs

Encore très peu de modèles explicatifs cohérents permettent de comprendre la séquence

temporelle dans le développement d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression, bien que plusieurs modèles explicatifs de la dépression et de l'anxiété pris séparément existent. Parmi les modèles existants, deux modèles cognitifs, un autre d'origine développementale et un dernier modèle plus spécifique à la concomitance seront discutés.

1.2.1 Modèle cognitif d'Aaron T. Beck (1987)

La théorie cognitive de Beck s'intéresse à la fois à l'anxiété et à la dépression (Beck, Emery et Greenberg, 1985). Selon ces auteurs, les individus qui présentent un trouble anxieux ou dépressif entretiennent des schémas cognitifs erronés constitués de croyances négatives sur soi, le monde et le futur, ce qu'ils nomment la triade cognitive. Ces schémas résultant d'expériences passées négatives sont une représentation cognitive enregistrée en mémoire qui filtre et intègre l'information dans une structure interne stable de la personnalité. Ces schémas sont formés comme ensemble d'attitudes dysfonctionnelles («je dois être bon dans tout ce que je fais, sinon je suis un échec») qui agissent comme un filtre sur le traitement de l'information et influencent les manières de comprendre, percevoir, et sélectionner l'information (Beck, 1983). En présence d'une certaine situation, le schéma se rapprochant le plus de celle-ci sera activé et influencera la manière de percevoir l'événement et les actions, les émotions qui vont en découler. C'est à l'intérieur de ce processus, que naissent les biais ou des distorsions cognitives (surgénéralisation, minimisation, personnalisation, etc.) puisque l'information traitée est assimilée au contenu de ces schémas (Alloy, Kelly, Mineka et Clements, 1990). Cela signifie que l'information qui va à l'encontre d'un schéma existant peut être soit ignorée ou encore transformée pour qu'elle coïncide avec le contenu de ce schéma, d'où la présence de distorsions cognitives.

Les individus anxieux ou dépressifs sont caractérisés par la présence d'un schéma de traitement de l'information négatif qui face aux événements de vie donne lieu à des pensées et des comportements inadaptés. Le contenu des schémas, des représentations cognitives est, selon la théorie de Beck (Beck *et al.*, 1985) ce qui distingue les deux groupes. Chez les sujets anxieux, il est question de menace, de danger potentiel et

d'ambiguïté, alors que chez les individus dépressifs, les thèmes sont la perte, le désespoir, l'échec et la dévalorisation de soi. C'est ce que Beck appelle l'hypothèse des contenus spécifiques (Beck, 1976). Par exemple, dans l'étude de Schniering et Rapee (2004) réalisée auprès d'un échantillon populationnel de jeunes âgés de 7 à 16 ans, les pensées relatives à l'échec prédisent l'apparition de symptômes dépressifs alors que les pensées en lien avec la menace sur le plan social («les autres pensent du mal de moi») prédisent l'émergence de symptômes anxieux. Par contre, une méta-analyse constituée de 13 études, réalisées auprès d'adultes, d'enfants et d'adolescents soutient partiellement cette hypothèse sur les contenus spécifiques (Beck et Perkins, 2001). Les résultats démontrent une variance partagée entre les symptômes anxieux et dépressifs et le type de pensées; les pensées associées à la dépression sont plus spécifiquement en lien avec les symptômes dépressifs, alors que les pensées liées à l'anxiété sont associées à la fois aux symptômes anxieux et dépressifs.

Le modèle cognitif de Beck est de type diathèse-stress, c'est-à-dire qu'en présence d'événements stressants dans son environnement, un individu qui manifeste une vulnérabilité cognitive, donc qui possède certains schèmes de pensées qui favorisent les biais négatifs aura tendance à développer davantage des symptômes dépressifs (Abela et Hankin, 2008). Les travaux de Beck (1983) ont aussi démontré qu'il existait deux types de personnalité plus vulnérables à la dépression: l'une est caractérisée par la sociotropie et l'autre, par l'autonomie, soit deux aspects que l'on retrouve chez la plupart des individus, mais de façon plus ou moins importante (Marcotte, 2013). La personne qui est davantage sociotrope définit sa valeur personnelle en fonction de sa dépendance aux autres; elle est sensible au regard que lui portent les autres, elle cherche le réconfort dans l'intimité de ses relations et elle craint fortement le rejet. Par contre, l'individu qui présente de façon significative la dimension d'autonomie, se définit plutôt par son sentiment d'indépendance et perçoit sa valeur personnelle en termes de réussite, de productivité et de contrôle (Clark, Beck et Alford, 1999; Marcotte, 2013). Lorsqu'un individu dont l'une des dimensions est fortement présente est confronté à un stressor qui lui correspond, il sera plus susceptible de développer un trouble dépressif. Par exemple, une personne de type sociotrope sera vulnérable si elle est confrontée à une peine

d'amour ou au rejet d'un pair, alors qu'une autre qui manifeste la dimension d'autonomie sera plus vulnérable face à un échec personnel.

1.2.2 Le modèle cognitif interpersonnel de la dépression (Hammen, 1991)

L'adolescence est une période où les relations avec le réseau des pairs et celui de la famille se transforment de manière significative; les jeunes tentent de se lier davantage à leur réseau d'amis et cherchent à se détacher graduellement de leur milieu familial afin de mieux affirmer leur autonomie (Furman et Buhrmester, 1992; Kendall, Hedkte, et Aschenbrand, 2006). Les habiletés sociales, de même que la gestion de conflits sont des habiletés ou qualités plus spécifiquement mises à l'épreuve à cette période du développement (Kendall, *et al.*, 2006). Les théories interpersonnelles de la dépression, issues du modèle cognitif interpersonnel d'Hammen (1991) tentent de démontrer que les comportements et les caractéristiques particulières d'un individu dépressif provoquent des réponses négatives chez les personnes avec qui il entre en relation, ce qui contribue à augmenter les symptômes dépressifs et le rejet (Rudolph, Flynn et Abaied, 2008). Les travaux d'Hammen se sont intéressés au rôle des cognitions en lien avec le stress causé par les relations interpersonnelles et le risque de développer un trouble dépressif. Le modèle cognitif interpersonnel de génération de stress de la dépression de Hammen (1991) propose que les pensées négatives des individus dépressifs, leur façon de se percevoir, d'interpréter le monde et les événements, font qu'ils manifestent des déficits importants sur le plan de leurs habiletés sociales ainsi que dans la résolution de problèmes et par le fait même, éprouvent plus de stress relationnel (Marcotte, 2013; Rudolph *et al.*, 2008). Leur attitude et leur comportement influencent leurs relations interpersonnelles en favorisant l'émergence de conflits, et ces malentendus vont à leur tour augmenter le rejet, l'isolement et les symptômes dépressifs (Rudolph, 2009b). Par exemple, les individus dépressifs ont tendance à chercher de la réassurance excessive dans leur entourage, ce qui a pour effet de susciter des réactions négatives chez les autres, car ces derniers ne sont pas toujours motivés à résoudre leur problème ou à prendre en considération les conseils des autres. De plus, la présence de distorsions cognitives relatives au schéma de sociotropie chez ces derniers, soit la dépendance aux autres,

augmente leur vulnérabilité à la dépression, notamment en situation de rejet, puisque l'individu se définit davantage par ses relations interpersonnelles (Marcotte, 2013).

La théorie de stress-génération, issue du modèle d'Hammen (1991) est reprise par Rudolph (Rudolph *et al.*, 2008; Rudolph, 2009b). Ce dernier soulève que les différents changements sur les plans personnel et social observés à l'adolescence sont tous des facteurs de vulnérabilités qui agissent sur la sphère interpersonnelle de l'élève en lien avec le développement d'une dépression et ce, notamment chez des sujets plus vulnérables et particulièrement chez les filles. Ces dernières semblent se définir davantage dans leur rapport aux autres et sont exposées à plus de stress et de pressions sociales à l'adolescence que les garçons (Nolen-Hoeksema et Hilt, 2009; Rose et Rudolph, 2006). Le fait de vivre des problèmes sur le plan relationnel, que ce soit dans les relations familiales ou sociales, pourrait contribuer au développement futur de la dépression; ceci en amenant l'enfant exposé à des expériences familiales négatives, liées à un attachement insécurisant ou à la présence de dépression parentale, à développer de faibles habiletés relationnelles, en soutenant sa valeur personnelle en fonction du succès ou non-succès de ses relations, en développant une image négative des autres et de lui-même, ainsi qu'en diminuant son engagement social ou en provoquant des situations de rejet (Rudolph, 2009; Rudolph *et al.*, 2008). La dépression parentale, notamment chez la mère, est un facteur de risque pour la dépression chez l'enfant ou l'adolescent qui a d'ailleurs été soulevé dans de nombreuses études (Goodman et Gotlib, 1999). Certaines variables pouvant agir sur le développement de la dépression chez l'enfant d'une mère dépressive, tels que les comportements négatifs, hostiles, la colère ainsi que la qualité des soins apportés à l'enfant ont été observées (Lovejoy, Graczyk, O'Hare et Newman, 2000). Une importante méta-analyse, réalisée à partir de 193 études révèlent que les filles de mères dépressives sont plus à risque de développer une dépression que les garçons (Goodman *et al.*, 2011). Cette plus grande vulnérabilité des filles pourrait s'expliquer par un mécanisme de socialisation différent chez ces dernières, où elles seraient plus sensibles au stress relationnel et réagiraient plus fortement aux critiques, aux comportements négatifs ou au manque de soutien maternel (Goodman *et al.*, 2011).

La pertinence de ce modèle dans le contexte de cette présente thèse se situe dans le fait qu'il offre une compréhension des variables sociales (soutien des pairs) et familiales (conflit avec les parents) dans le développement d'un trouble dépressif au début de l'adolescence. Par ailleurs, plusieurs études empiriques ont démontré que les jeunes dépressifs éprouvaient des difficultés sur le plan de leurs relations sociales. Ces études seront discutées ultérieurement. De plus, ce modèle, de même que le modèle cognitif de la dépression s'arriment à l'intérieur d'une perspective développementale qui, d'ailleurs, tient compte des différents changements observés à l'adolescence sur les plans cognitif, relationnel, affectif et interpersonnel (Cicchetti et Toth, 2009).

1.2.3 Perspective développementale de la psychopathologie

Cette approche de la psychopathologie permet de comprendre le développement à la fois normal et pathologique de l'enfant à partir de l'interaction entre les différents facteurs de risque présents dans l'environnement et les caractéristiques propres à l'individu (Cicchetti et Toth, 1998). Sous cet angle, il est possible de comprendre l'adolescence et ces défis développementaux, en fonction de ces nombreux facteurs de risque auxquels les jeunes sont confrontés, tels que les changements biologiques, développementaux et sociaux (Cicchetti et Rogosh, 2002). Donc, selon cette approche, toute psychopathologie serait comprise comme l'effet de diverses influences causales, soutenue par l'interaction entre des facteurs de risque et de protection qui s'interinfluencent entre eux (Vasey et Dadds, 2001).

Cette perspective propose les concepts de multifinalité et d'équifinalité. Dans le premier cas, il s'agit de comprendre qu'un facteur présent chez l'individu n'aura pas les mêmes effets d'une personne à l'autre et cela, en fonction de l'organisation du système propre à chacun. Certains facteurs peuvent agir et produire différentes conséquences, selon le tempérament de l'enfant et ses propres compétences et stratégies d'adaptation, qui elles, seront influencées par les différents facteurs de risque et de protection présents dans l'environnement (Vasey et Dadds, 2001). Par exemple, bien que le lien entre la présence de dépression chez le parent et le développement du trouble chez l'enfant ait été

démontré, ce ne sont pas tous les enfants exposés à ce facteur de risque qui vont développer le trouble (Cicchetti et Toth, 1998). Pour le second principe, l'équifinalité, il s'agit de comprendre qu'une problématique, par exemple la dépression, peut être consécutive de différents facteurs; présence d'abus à l'enfance, rejet important des pairs ou deuil d'un parent, par exemple (Cicchetti et Rogosh, 2002).

Plus spécifiquement, l'étude de la dépression à l'adolescence sous la perspective développementale s'intéresse à la relation entre les différents systèmes qui influencent le développement d'une psychopathologie, et ce, en fonction de l'âge de l'individu, du genre et du stade développemental associé. Les systèmes sont constitués par la sphère cognitive (distorsions ou le style d'attribution), l'aspect socio émotionnelle (l'estime de soi, les relations interpersonnelles), biologique (les gènes, les processus physiologiques ou hormonaux) ainsi que par les représentations de soi (schémas internes de soi et des pensées) (Cicchetti et Toth, 1998). Considérées sous un angle développemental, différentes trajectoires peuvent mener au développement d'un trouble dépressif, en considérant le stade développemental qui caractérise l'individu (Cicchetti et Toth, 1998). À chaque stade développemental correspond un enjeu adaptatif; la résolution de cet enjeu permet une adaptation saine à son environnement et favorise le développement de compétences favorables. Lorsque l'adaptation est moins favorable, l'équilibre entre les différents systèmes est compromis et l'individu est alors plus à risque de développer une organisation dépressogène (Cicchetti, 2006).

L'intérêt d'étudier le développement de l'anxiété, de la dépression ou de leur concomitance sous la perspective développementale, dans la cadre de cette présente thèse, est que la manifestation de ces problématiques, à une période caractérisée par des transitions (enfance-adolescence, scolaire), met en jeu différentes habiletés, à l'intérieur d'un contexte favorisant l'adaptation vis-à-vis différents facteurs de risque. De plus, les vulnérabilités des filles et des garçons à cette période du développement proposent des trajectoires différentes et soulèvent des distinctions particulières pour chacun des genres. Ce modèle bien qu'intéressant sur le plan conceptuel est moins documenté en terme de sa validation empirique, ce qui nous amène à prioriser les modèles cognitifs de Beck (1987)

et d'Hammen (1991) et ceux plus spécifiques au développement de la concomitance entre l'anxiété et la dépression.

1.2.4 Les modèles de la concomitance anxiété-dépression

Quelques hypothèses ont été émises, dans la littérature scientifique, pour tenter d'expliquer la relation de concomitance entre l'anxiété et la dépression. La première soulève, que les symptômes anxieux et dépressifs peuvent se chevaucher, ce qui est appuyé par les résultats d'instruments de mesure autorapportés parfois très corrélés (Flannery-Schroeder, 2006; Garber et Weersing, 2010). Certains symptômes associés aux troubles anxieux, notamment l'anxiété généralisée et la phobie sociale, peuvent s'apparenter aux symptômes rapportés dans la dépression majeure. Par exemple, la fatigue, l'irritabilité ou les problèmes de sommeil sont observés dans les deux psychopathologies (Compas et Oppedisano, 2000; Garber et Weersing, 2010; Huppert, 2009).

La deuxième hypothèse fait référence à la manifestation de facteurs étiologiques communs, qui a été évoquée dans certains écrits. Par exemple, la présence d'événements stressants, de problèmes familiaux ou de difficultés sur le plan des relations sociales, peut augmenter le risque que se développe un trouble anxieux et dépressif (Mathew *et al.*, 2011). Les distorsions négatives et les erreurs d'interprétation s'observent aussi chez les sujets anxieux et les individus dépressifs (Andover *et al.*, 2011; Dozois et Beck, 2008), ce qui leur confère une certaine vulnérabilité cognitive commune.

Une hypothèse souvent citée concernant la présence d'une base commune à l'anxiété et à la dépression est issue du modèle tripartite de Clark et Watson (1991). Ces derniers affirment qu'un affect négatif serait commun aux deux troubles, qui se manifeste par un sentiment de détresse, de colère ou d'inquiétude, tandis que la présence d'un faible affect positif, comme la perte d'intérêt ou de plaisir, serait associée à la dépression, alors que l'hyperexcitabilité physiologique serait propre à l'anxiété (Anderson et Hope, 2008; Garber et Weering, 2010). Plusieurs études ont soutenu ce modèle auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes (Chorpita, 2002). Par contre, une méta-analyse réalisée en

2008 par Anderson et Hope, fait état de certaines études qui démontrent que ce modèle ne s'applique pas de façon identique pour tous les troubles anxieux et la dépression. Par exemple, l'anxiété généralisée démontre une plus forte association avec la présence d'affects négatifs que les autres troubles anxieux, alors que cette association n'est pas significative pour l'anxiété sociale et l'anxiété de séparation (Chorpita, Plummer et Moffit, 2000). Une autre étude réalisée auprès d'enfants d'âge scolaire a démontré une corrélation entre l'hyperexcitabilité physiologique et la dépression, alors que cette caractéristique était plutôt typique de l'anxiété (Jacques et Mash, 2004).

Bien que différentes hypothèses tentent d'expliquer la relation entre l'anxiété et la dépression par la présence de facteurs étiologiques ou de symptômes communs, aucune n'a pu expliquer clairement la forte relation entre ces deux problématiques. De plus, la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression dans le développement d'une concomitance n'est pas considérée comme facteur dans ces hypothèses. Certaines études ont tenté d'expliquer par un lien de type causal cette relation temporelle où l'anxiété, dans une importante proportion, précède la dépression, sans arriver à un consensus théorique. Les biais cognitifs ou les distorsions cognitives au sein de l'étiologie de l'anxiété et la dépression sont bien documentés, mais leur rôle dans le développement d'un trouble concomitant demeure à être exploré davantage. (Andover *et al.*, 2011)

1.3 Les distorsions cognitives

À l'adolescence, de nombreuses habiletés cognitives se développent et permettent aux jeunes d'avoir une réflexion plus nuancée sur eux-mêmes, le monde et le futur (Garnefski, Legerstee, Kraaij et van den Kommer, 2002; Keating, 2004). L'acquisition de la pensée formelle et le développement cognitif sont caractéristiques de l'adolescence, ce qui vulnérabilise davantage les jeunes relativement au développement de pensées erronées. Les adolescents reconnaissent que les autres ont aussi leurs propres pensées, mais cette habileté n'est pas tout à fait maîtrisée, ce qui amène les jeunes à confondre leurs propres pensées avec celles des autres. À cette période du développement, l'égoïsme est très présent: l'adolescent a tendance à ne percevoir le monde qu'à partir de son propre point de vue, ce qui peut favoriser l'apparition de pensées erronées; il

est convaincu de la présence d'un auditoire imaginaire qui le scrute à la loupe et porte un regard attentif sur lui, donc qu'étant le centre d'intérêt, il se sent jugé constamment par les autres (Elkind, 1967). De plus, cet égocentrisme provoque aussi un autre type de pensée erronée : la fabulation personnelle. Le jeune croit alors que ce qu'il vit est unique au monde, qu'il est le seul à souffrir d'une rupture amoureuse, par exemple (Bee et Boyd, 2003). Ces modes de pensées très présents à l'adolescence fragilisent donc les jeunes quant au développement de distorsions cognitives.

1.3.1 Les distorsions cognitives et l'anxiété

Chez les sujets anxieux, on retrouve des pensées centrées sur l'évaluation d'une menace ou d'un danger futur (Rapee, Schniering et Hudson, 2009), ainsi qu'une sous-estimation des capacités à faire face à ce danger potentiel (Beck *et al.*, 1985). De plus, les individus anxieux surestiment les conséquences négatives des événements. La notion de contrôle est déterminante chez les sujets anxieux, puisque la perception qu'ils n'ont pas de contrôle sur les menaces futures augmente leur sentiment d'angoisse (Chorpita et Barlow, 1998). Une étude réalisée auprès de 117 jeunes (9 à 17 ans) révèle que la perception de ne pas pouvoir contrôler les événements anxiogènes ou les effets de l'anxiété ressentis définit les adolescents anxieux, lesquels sont mesurés à l'aide du RCMAS (Reynolds et Richmond, 1978) (Weems, Silverman, Rapee et Pina, 2003).

Les études réalisées auprès de jeunes anxieux démontrent qu'ils se caractérisent par les mêmes biais cognitifs que les adultes anxieux : ils interprètent des situations ambiguës comme étant menaçantes, ils surestiment la probabilité qu'un événement menaçant survienne, ils ont des biais d'attention en lien avec la présence de stimuli menaçants (Vasey et Macleod, 2001) et ils manifestent des biais de mémoire, en lien avec la notion de danger (Muris et Field, 2008).

Les études empiriques évaluant les différents types de biais cognitifs des sujets anxieux sont moins nombreuses que celles qui s'intéressent à ces biais chez les jeunes dépressifs (Weems et Watts, 2005). Dans une étude réalisée auprès de 251 jeunes (6 à 17 ans) référés pour un trouble anxieux, plusieurs types d'erreurs cognitives sont observées, mais

trois types d'erreurs cognitives prédisent l'anxiété, en contrôlant pour la présence de symptômes dépressifs, plus fortement chez les sujets âgés de 12 à 17 ans, que chez les 6 à 11 ans, sans distinction entre les filles et les garçons: la généralisation («une mauvaise journée à l'école signifie que toutes les autres journées seront mauvaises»); les pensées catastrophiques («le pire pourrait arriver»), et la personnalisation (attribution du contrôle d'un événement négatif à des causes internes, comme «la défaite de mon équipe est de ma faute»). L'étude observe que toutes les erreurs sont associées aux symptômes dépressifs, mais que les erreurs d'abstraction sélective (se concentrer sur l'erreur faite ou sur le négatif plutôt que sur l'ensemble de l'événement) ont une plus grande taille d'effet que les autres (Weems, Berman, Silverman et Saavedra, 2001).

1.3.2 Les distorsions cognitives et la dépression

Les distorsions cognitives chez les jeunes présentant un problème dépressif démontrent que ces derniers ont plutôt tendance à interpréter les événements avec pessimisme; ils portent un jugement négatif sur eux-mêmes («je ne suis pas bon»), le monde («le monde est injuste») et l'avenir («rien de bon ne peut m'arriver»). Par exemple, un adolescent dépressif ayant réussi un examen va attribuer ce succès à la facilité des questions ou à la chance, plutôt qu'à ses propres habiletés. À force d'entretenir ce mode de pensée négatif, ce dernier devient automatique et résistant au changement (Dumas, 2007). La force du lien entre les vulnérabilités cognitives et la dépression augmente à l'adolescence. Le concept de soi qui se consolide à l'adolescence découle d'attributs plus abstraits et stables et tient compte des compétences perçues. Les changements dans la façon de se percevoir vont renforcer l'évaluation de soi de l'adolescent, qui elle, sera davantage sensible au jugement extérieur et au sentiment de culpabilité (Rudolph, Hammen et Daley, 2006).

Les études empiriques sur la présence de distorsions cognitives comme déterminants de la dépression sont nombreuses. Bien que le modèle cognitif de Beck en lien avec la dépression ait été testé dans de nombreuses études auprès d'une population adulte, les études auprès d'adolescents s'avèrent moins nombreuses (Abela et Hankin, 2008). Par exemple, Abela et Sullivan (2003) ont voulu vérifier l'application de ce modèle de type

diathèse-stress auprès de jeunes adolescents (moyenne d'âge de 12 ans). Cette étude longitudinale démontre qu'un plus haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles corrèle avec la présence de plus de symptômes dépressifs, à la suite d'événements négatifs. Une étude réalisée auprès de 752 élèves québécois du secondaire a évalué l'application du modèle diathèse-stress de la dépression (Lévesque et Marcotte, 2009). Les résultats démontrent que la présence de distorsions cognitives de réussite et de dépendance influence le lien entre le stress des événements de vie négatifs et le développement de symptômes dépressifs. Les résultats de cette étude révèlent que les pensées automatiques négatives des garçons et des filles sont partiellement médiatrices de la relation entre le stress et les symptômes dépressifs. Chez les garçons, la présence de pensées automatiques diminue l'effet de prédiction des événements de vie sur les symptômes dépressifs, alors que chez les filles, cet effet prédictif devient non significatif, lorsque la variable médiatrice, soit les pensées automatiques sont présentes dans l'équation. Ainsi, la manière dont les événements de vie stressants sont interprétés exerce une influence sur le développement des symptômes dépressifs.

Une autre étude longitudinale réalisée auprès de 1507 adolescents (entre la 9^e et la 12^e année) démontre que les attitudes dysfonctionnelles chez l'adolescent en présence d'un événement stressant, augmentent le risque que ne se développe un épisode dépressif un an plus tard (Lewinsohn, Joiner et Rohde, 2001). Dans une étude longitudinale réalisée auprès de 644 adolescents de 2^e et 3^e secondaire, les résultats révèlent que les filles et les garçons présentant des symptômes dépressifs ont plus de distorsions cognitives que les élèves du groupe contrôle. La présence de distorsions cognitives chez les élèves qui ont des symptômes dépressifs est variable. Cette variation est plus significative chez les filles; celles qui deviennent dépressives du Temps 1 au Temps 3 voient leurs distorsions cognitives augmenter, alors que celles qui étaient dépressives au Temps 1 et ne le sont plus au Temps 3, présentent une diminution de leurs distorsions cognitives (Marcotte, Lévesques et Fortin, 2006).

1.3.3 Les distorsions cognitives et la concomitance anxiété-dépression

Afin de mieux comprendre l'étroite relation entre l'anxiété et la dépression, certaines études se sont intéressées aux cognitions partagées ou distinctes entre ces deux troubles. En ce sens, il a été démontré que certains biais cognitifs plus spécifiques de la dépression étaient aussi observés chez les sujets anxieux. Une étude transversale, réalisée auprès d'élèves de la fin du secondaire (Sutton *et al.*, 2011), a démontré que la présence de symptômes anxieux était associée aux attitudes dysfonctionnelles, plus spécifiquement caractéristiques de la dépression, lesquelles étaient mesurées par le *Dysfunctional Attitude Scale* (Weissman et Beck, 1978). Cette même étude démontre que le schéma de sociotropie, mesuré par le *Personal Style Inventory (PSI-II)* (Robins *et al.*, 1994) a une contribution unique aux symptômes dépressifs, aux peurs sociales et aux stimuli intéroceptifs (sensations physiques internes ressenties), ainsi que certaines peurs (animaux, sang/blessures, hauteurs) alors que le schéma d'autonomie est associé à la fois aux symptômes dépressifs, d'anxiété généralisée, de phobie sociale ou de peurs relatives aux sensations physiologiques ressenties.

Par contre, l'étude de Lewinsohn et ses collègues (2001) réalisée auprès d'adolescents (9^e -12^e année) démontre des résultats légèrement différents. Les attitudes dysfonctionnelles mesurées sont associées à la fois aux symptômes et au trouble dépressif tout en prédisant leur apparition un an plus tard. Aucune relation significative n'a été trouvée entre ces attitudes et la présence d'un autre trouble non dépressif (abus de substance, anxiété, trouble des conduites ou alimentaires). Cette étude, par contre, ne mesure pas l'incidence de ces troubles de façon distincte, mais les regroupe en une seule catégorie, soit les troubles non dépressifs. Il est donc impossible de constater l'effet de la présence des attitudes dysfonctionnelles sur la manifestation de l'anxiété spécifiquement.

Une publication d'Hankin et ses collègues (2004), composée de trois études prospectives, réalisées auprès d'étudiants universitaires s'est intéressée aux vulnérabilités cognitives associées à la fois à la présence de symptômes et d'un trouble dépressif ou anxieux, en lien avec deux théories cognitives de type diathèse-stress, dont la théorie cognitive de Beck (1987). La première étude a mesuré les vulnérabilités cognitives et les symptômes

après cinq semaines, la deuxième étude a pris une mesure deux ans plus tard, alors que la dernière a mesuré les variables dans le contexte d'un examen de mi-session. De façon générale, les résultats de ces trois études démontrent que les attitudes dysfonctionnelles mesurées par *L'Échelle des attitudes dysfonctionnelles* (Weissman et Beck, 1978), corrélaient avec la présence de symptômes anxieux, mais ne prédisent que les symptômes et le trouble dépressif. Des résultats similaires ont été démontrés dans l'étude transversale d'Alloy et ses collègues (2012) réalisée auprès de jeunes adolescents (12 à 13 ans). Différentes vulnérabilités cognitives ont été mesurées, afin de voir leur association distincte ou partagée entre la présence de symptômes anxieux ou dépressifs ou d'autres troubles cliniques. Dans cette dernière étude, les attitudes dysfonctionnelles ont été mesurées par le logiciel SRET (Derry et Kuiper, 1981) et non par *l'Échelle des attitudes dysfonctionnelles*. Les adjectifs négatifs (se sentir seul, terrible) et positifs (heureux, attirant) reliés au schéma de représentation de soi et leur encodage sont mesurés. Il en résulte que la présence d'adjectifs négatifs à travers lesquels se décrit le participant serait associée uniquement à la présence de symptômes dépressifs et de dépression, alors que la faible présence d'adjectifs positifs serait associée aux symptômes dépressifs et d'anxiété sociale. Par contre, contrairement à l'étude d'Hankin *et al.* (2004) la présence de différents adjectifs reliés aux schémas de représentation de soi est significativement associée à la présence à vie d'anxiété et de troubles extériorisés, plutôt qu'à la dépression.

Dans l'ensemble, ces résultats démontrent qu'il ne semble pas y avoir de consensus sur la présence de vulnérabilités cognitives, telles que les attitudes dysfonctionnelles, généralement associées à la dépression, chez les individus anxieux. Par contre, peu d'études se sont intéressées aux distorsions cognitives des sujets manifestant à la fois ces deux problématiques ou sur les effets de la présence de ces dernières en lien avec le développement d'un trouble concomitant. L'étude de Laurent et Stark (1993) réalisée auprès d'élèves de la 4^e à la 7^e a démontré que le contenu cognitif, mesuré par le *Thought Checklist for Children* (Beck, Brown, Steer, Eidelsin et Riskind, 1987) d'un groupe qui présentait à la fois des symptômes anxieux et dépressifs, se distinguait des contenus cognitifs des groupes anxieux ou dépressifs, ceci par la présence de plus de cognitions en lien avec la dépression. Une autre étude populationnelle réalisée auprès de 118 jeunes (12

à 15 ans) révèle que les pensées mesurées par le *Negative Affectivity Self-Statements Thought* (Ronan, Kendall et Rowe, 1994), du groupe qui obtient un score élevé à la fois sur l'échelle des symptômes anxieux et dépressifs, se distinguent des pensées du groupe anxieux seulement. Ce dernier manifeste davantage de pensées associées à la dépression et à l'anxiété, que le groupe de participants anxieux seulement (Rietveld, Prins et van Beest, 2002). Au-delà des vulnérabilités cognitives présentes, les écrits scientifiques dénotent que certains facteurs de risque psychosociaux influencent le développement et le maintien de l'anxiété et de la dépression, à cette période spécifique du développement des jeunes.

1.4 Les facteurs associés à l'anxiété et la dépression

Les écrits scientifiques proposent plusieurs études qui mesurent la présence de facteurs liés aux troubles anxieux et dépressifs chez les adolescents, que ce soit sur le plan personnel, social, familial ou scolaire (Graber et Sontag, 2009; Rudolph *et al.*, 2006). Par contre, à notre connaissance, ces études n'ont pas tenté de comprendre la présence de tels facteurs associés au risque que se développe une concomitance entre l'anxiété et la dépression pendant une période importante du développement, où s'opèrent une transition scolaire, du primaire au secondaire en synchronie avec une transition développementale, soit le passage de l'enfance à l'adolescence, avec tous les changements que cela implique, à la fois personnels, hormonaux, familiaux, sociaux et scolaires. En plus des distorsions cognitives déjà nommées, les facteurs psychosociaux que représentent le soutien social, les conflits familiaux et l'adaptation scolaire des adolescents sont étudiés dans cette thèse.

1.4.1 Le soutien des pairs

Le rôle des pairs revêt alors une importance particulière, puisque l'adolescent cherchera à acquérir son indépendance vis-à-vis sa famille et progressivement, se tournera vers un plus grand soutien de ses pairs (Hall-Lande, Eisenberg, Christenson et Neumark-Sztainer, 2007). Selon Wentzel et McNamara (1999), les interactions sociales de l'adolescent avec

ses pairs et sa famille sont déterminantes pour le soutien social qu'elles procurent, surtout lors d'événements de vie stressants et de périodes de transition importantes. Les études sur le soutien social ont démontré que les soutiens perçus et reçus seraient deux concepts différenciés et que le soutien perçu aurait plus de conséquences sur le développement de symptômes intériorisés, tels que ceux liés à l'anxiété et à la dépression, que le soutien reçu (Wethington et Kessler, 1986). Il est possible de décrire le type de soutien reçu ou encore d'en évaluer la qualité (Demaray et Malecki, 2002). Cette évaluation correspond alors à savoir si ce qui est disponible dans l'environnement du jeune répond à ses besoins de soutien, d'informations et de rétroaction (Procidano et Heller, 1983). Le soutien social qui fera l'objet de ce projet est précisément le soutien perçu des pairs.

Lorsque le soutien est présent dans l'environnement, ce dernier peut favoriser un meilleur bien-être psychologique et favoriser une meilleure gestion des stressors (Ibarra-Rovillard et Kuiper, 2011). Au début de l'adolescence, le partage d'un sentiment d'intimité avec les amis semble favoriser une estime de soi positive en plus de faciliter le développement de stratégies d'adaptation appropriées (Berndt, 1999). Une étude réalisée auprès d'élèves de la 3^e à la 12^e année démontre qu'un faible soutien social perçu correspond à des résultats plus élevés à l'échelle des symptômes intériorisés (anxiété et dépression), selon le point de vue des parents et mesurés par le *Behavior Assessment System for Children (BASC)* de Reynolds et Kamphaus (1998) (Demaray et Malecki, 2002).

D'autres études ont démontré une différence de genre en ce qui concerne la perception du soutien des pairs; les filles ont tendance à percevoir plus de soutien de leurs pairs que les garçons, alors que ces derniers perçoivent plus de soutien paternel. Par contre, les effets favorables de ce soutien sont comparables chez les filles et chez les garçons (Colarossi et Eccles, 2003). Dans l'étude d'Essau et ses collègues (2011) réalisée auprès d'adolescents anglais et japonais (12 à 17 ans), les filles affirment recevoir plus de soutien de leur entourage que les garçons.

1.4.2 Le soutien des pairs et l'anxiété

Les adolescents anxieux éprouvent certaines difficultés sur le plan social. Le soutien social disponible dans l'environnement de l'adolescent pourrait aussi favoriser la réduction des effets de différents facteurs de risque, dans le développement d'un trouble anxieux (Graczyk, Connolly et Corapci, 2005). Plusieurs études s'intéressent aux habiletés sociales des sujets anxieux ou à leur popularité auprès de leurs pairs (Barrett, Lock et Farrell, 2005). Ces dernières témoignent que les jeunes anxieux vivent plus de rejet des pairs et ont tendance à évaluer négativement leurs habiletés sociales (Seligman et Ollendick, 1998). Gaspar de Matos et ses collègues (2003) ont mesuré la qualité des relations sociales chez 6403 adolescents de différentes écoles secondaires (10 à 16 ans). Les résultats de cette étude transversale démontrent que les élèves présentant des symptômes anxieux ou dépressifs ont des relations moins positives avec leurs pairs, c'est-à-dire qu'ils se sentent souvent mis de côté dans la classe, ont plus de difficultés à se faire des amis, à entretenir ces amitiés et à se sentir soutenus par les pairs. Une autre étude transversale réalisée auprès de 125 sujets hispanophones (6^e - 8^e année) (Demaray et Malecki, 2002) a mesuré le lien entre le soutien social perçu des parents, de l'enseignant, des pairs et d'un ami intime et l'adaptation de l'adolescent dans plusieurs domaines. Les résultats démontrent qu'un faible soutien des pairs de la classe est en lien avec la présence de symptômes intériorisés chez l'adolescent, soit ceux liés à l'anxiété et à la dépression. De façon plus spécifique, les symptômes anxieux corrélaient négativement avec le soutien perçu des pairs. Une autre étude transversale, réalisée auprès de 246 jeunes adolescents (6^e - 8^e année) âgés de 11 à 14 ans, s'intéresse aux mêmes variables, soit le soutien social perçu et l'adaptation de l'adolescent, mais en ciblant les différences garçons-filles (Rueger, Malecki et Demaray, 2008). Les résultats démontrent qu'un faible soutien des pairs perçu est en lien avec l'adaptation psychologique et la présence de symptômes anxieux autant chez les filles que les garçons. Par contre, les filles semblent percevoir plus de soutien des pairs que les garçons. S'intéressant à la présence d'un trouble anxieux clinique, une étude transversale réalisée auprès de 1420 participants (9 à 16 ans) a démontré que des difficultés avec les pairs correspondaient à un facteur de risque pour l'anxiété. Plus spécifiquement, les difficultés rencontrées avec le réseau des

pairs sont associées à l'anxiété mixte, c'est-à-dire lorsque plus d'un trouble anxieux est rapporté ainsi qu'à l'anxiété sociale (Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008).

Bien que plusieurs études semblent démontrer que le soutien social perçu a un effet sur la présence d'anxiété, des résultats non significatifs ont tout de même été observés dans une étude auprès d'adolescents américains et japonais (N=689) (12 à 17 ans) (Essau *et al.*, 2011). Dans cette étude, les résultats révèlent que la quantité de soutien social provenant de l'entourage de l'adolescent n'affecte pas la présence de symptômes anxieux.

Sur le plan longitudinal, peu d'études ont mesuré le lien entre le soutien social et la présence d'anxiété chez les adolescents. Parmi celles-ci, une étude réalisée auprès de 82 élèves évalués en 5^e et 7^e année révèle qu'un faible soutien des pairs en 5^e année prédit la présence de problèmes émotionnels et de symptômes anxieux deux ans plus tard. (Malecki, Davidson, Hodgson et Rebus, 2005). Allant dans le même sens, une étude réalisée entre la 3^e et la 12^e année a démontré une relation significative entre un faible soutien perçu de sources variées et la manifestation de différents symptômes intériorisés et extériorisés, dont l'anxiété et la dépression (Demaray et Malecki, 2002). Dans le contexte de la transition à l'école secondaire, les résultats d'une étude longitudinale appuient que la perception d'un faible soutien des pairs en classe prédit l'augmentation de l'anxiété sociale, de même que la dépression (De Witt, Karioja, Rye et Shain, 2011).

1.4.3 Le soutien des pairs et la dépression

De façon générale, les jeunes manifestant des symptômes dépressifs éprouvent plus de difficultés avec leur réseau de pairs et de camarades de classe; ils sont souvent moins populaires, plus rejetés, ont de plus faibles habiletés sociales et perçoivent moins de soutien de la part des pairs que les jeunes qui n'ont pas ces symptômes (Adewuya et Ologun, 2006; Rudolph *et al.*, 2006). Ce lien peut aussi être bidirectionnel, tel qu'énoncé précédemment dans le modèle cognitif interpersonnel de la dépression d'Hammen (1991); l'attitude négative même de l'adolescent dépressif, de même que son constant besoin de réassurance ont pour conséquence de provoquer le rejet ou d'éloigner les proches, ce qui contribue à maintenir la dépression. Lorsque l'adolescent perçoit très peu

de soutien des pairs, la présence de plus de symptômes dépressifs est observée, dans une étude transversale réalisée auprès de 505 élèves (11^e- 12^e année) (Licitra-Kleckler et Waas, 1993). Sur le plan longitudinal, une étude réalisée sur une période de deux ans, auprès d'adolescents (N=389) (11 à 16 ans) démontre qu'un soutien parental significatif, combiné à un faible soutien social, est relié à la présence de plus de symptômes dépressifs deux ans plus tard, ainsi qu'à un plus grand risque de développer une dépression majeure (Young, Berenson, Cohen et Garcia, 2005). Ce résultat appuie l'importance du réseau des pairs à l'adolescence, au-delà du soutien des parents. Une étude longitudinale réalisée chez 496 adolescentes (11 à 15 ans) révèle des résultats semblables, c'est-à-dire que l'absence de soutien social des pairs est prédicteur de la présence de symptômes dépressifs deux ans plus tard (Burton, Stice et Seeley, 2004). D'ailleurs, en contexte de transition secondaire, l'absence de soutien des pairs est associée à un risque plus important de développer des symptômes dépressifs lors du passage de la 8^e à la 9^e année (moyenne d'âge des élèves en 8^e année = 13,1 ans) (Newman, Newman, Griffen, O'Connor et Spas, 2007). Par contre, l'étude de Lanson et Marcotte (2012), réalisée auprès de jeunes adolescents (N=465), révèlent que le soutien des pairs semble augmenter suite à la transition primaire-secondaire, soit de la 6^e année à la 2^e secondaire, tout comme la présence des symptômes dépressifs, ce qui soulève l'hypothèse que les élèves déprimés recherchent davantage le soutien de leurs pairs.

Les études sur le trouble dépressif clinique et le rôle du soutien des pairs sont moins nombreuses. Dans une importante étude réalisée auprès de jeunes taïwanais (N=9586; moyenne 14,7 ans) la présence significative d'insatisfaction dans le groupe de pairs distingue les sujets qui manifestent un trouble dépressif des participants sans trouble (Lin *et al.*, 2008). Une étude longitudinale réalisée auprès d'adolescentes (11 à 15 ans) démontre que le manque de soutien des parents, et non celui des amis, est associé à un risque plus élevé de développer un trouble de dépression majeure (Stice, Ragan et Randall, 2004).

Certaines études ont soulevé la plus grande vulnérabilité des filles quant à l'absence de soutien social et au développement de symptômes ou d'un trouble dépressif, comparativement aux garçons. Puisque ces dernières ont tendance à se tourner vers leur

réseau social pour obtenir de l'aide ou du réconfort et qu'elles accordent plus d'importance et de temps au maintien de la qualité de leur réseau social, elles sont plus vulnérables face à un événement stressant si le soutien social est absent (Hecht, Inderbitzen et Bukowski, 1998; Rudolph, 2002). Une étude transversale réalisée auprès de jeunes (8 à 18 ans), révèle que les filles ont plus tendance à éprouver une détresse émotionnelle en lien avec un conflit avec les pairs et à manifester davantage de symptômes dépressifs que les garçons (Rudolph et Hammen, 1999).

1.4.4 Le soutien des pairs et la concomitance

Peu d'études ont mesuré le rôle du soutien des pairs chez les adolescents qui présentent une concomitance entre l'anxiété et la dépression. Par contre, les résultats d'une étude longitudinale sur la continuité des différents troubles intériorisés et extériorisés chez des jeunes (11 à 15 ans) issus d'un échantillon populationnel, en relation avec des variables familiales, scolaires et sociales, démontrent que les élèves qui présentent une concomitance entre l'anxiété et la dépression ont plus de difficultés sur le plan des relations sociales que les groupes d'élèves anxieux ou dépressifs sans concomitance (McGee, Feehan, Williams et Anderson, 1992). Une étude clinique transversale (Strauss, Last, Hersen et Kazdin, 1988) a évalué 140 enfants et adolescents et leurs résultats révèlent que les sujets qui présentent une concomitance éprouvent plus de difficultés relationnelles que les autres. Des résultats semblables ont été observés dans une étude effectuée auprès de 260 élèves d'une école secondaire de Singapour (moyenne d'âge = 13, 77 ans) (Ang, Palaiyan et Goh, 2003). Par contre, l'étude longitudinale de Lewinsohn et ses collègues (1995) ne démontre pas que les adolescents (14 à 19 ans) manifestant une concomitance entre l'anxiété et la dépression éprouvent plus de difficultés sur le plan relationnel que ceux qui n'ont qu'un trouble dépressif.

Ainsi, plusieurs études ont tenté de démontrer, la relation entre le soutien des pairs, en lien avec le risque que se développe un trouble intériorisé, mais lorsqu'il s'agit d'un trouble concomitant entre l'anxiété et la dépression, cette variable demeure très peu explorée (Chaplin *et al.*, 2009). Lorsque c'est le cas, les résultats sont inconsistants. De

plus, certaines études démontrent que le soutien social perçu distingue les garçons des filles.

1.4.5 Les conflits familiaux

La qualité de l'environnement familial a été associée à la présence de symptômes intériorisés chez les enfants et les adolescents (Graber et Sontag, 2009). De nombreuses études sur les comportements de socialisation des parents ont démontré l'influence que peuvent avoir ces derniers sur la régularisation des émotions, sur les différents processus cognitifs ainsi que sur les mécanismes d'attribution de l'enfant (Zahn-Waxler *et al.*, 2000). La présence de conflits peut favoriser l'insécurité émotionnelle chez l'adolescent, qui serait alors plus vulnérable aux symptômes dépressifs (Cummings, Schermerhorn, Davies, Goeke-Morey et Cummings, 2006). La recherche de réassurance constante de la part des adolescents dépressifs peut aussi amener les parents à réagir négativement vis-à-vis leur enfant et ainsi provoquer des tensions familiales (Hammen, 1991; Joiner, Metalsky, Gencoz et Gencoz, 2001). De plus, d'autres variables telles que le manque de communication, de chaleur, l'absence de cohésion familiale, des conflits au sein de la famille, de même que l'absence de soutien, ont été étudiées en lien avec la présence d'un trouble anxieux ou dépressif chez les jeunes (Eberhart et Hammen, 2008; Shanahan *et al.*, 2008; Wood, McLeod, Sigman, Hwang et Chu, 2003).

Une étude transversale de Rueter et ses collègues (1999) réalisée auprès de 303 jeunes adolescents (12 à 13 ans), révèle que les participants qui vivent plus de conflits dans leur milieu familial éprouvent plus de symptômes dépressifs et anxieux et ils sont plus à risque de développer un trouble anxieux ou dépressif à l'adolescence. Selon ces auteurs, les conflits entre les parents et l'enfant auraient une influence sur le développement des symptômes, qui eux augmenteraient le risque qu'un trouble dépressif ou anxieux se développe ultérieurement. De plus, les résultats de cette étude démontrent que le lien entre les conflits et le développement de symptômes intériorisés est unidirectionnel, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas observé que le comportement de l'adolescent avait une influence

sur le développement des conflits, mais plutôt que ces derniers avaient un effet indirect sur le développement des symptômes à travers le temps.

Une autre étude réalisée auprès de jeunes adolescents (10 à 15 ans) révèle que la présence de conflits entre les parents est un meilleur prédicteur des symptômes intériorisés, chez les filles que chez les garçons (Davies et Lindsay, 2004). Ce résultat soutient les différentes hypothèses relatives aux attentes sociales propres à chacun des genres; les filles seraient plus sensibles au bien-être des autres, plus concernées par les relations interpersonnelles alors que chez les garçons, l'autonomie et le sentiment d'indépendance sont généralement mis de l'avant (Davies et Lindsay, 2001).

1.4.6 Les conflits familiaux et l'anxiété

Certaines études ont mesuré l'influence de l'environnement familial en lien avec l'anxiété chez les jeunes. Kirkcaldy et ses collaborateurs (1998) ont mesuré la présence d'anxiété de trait auprès d'un échantillon populationnel de 111 adolescents (11 à 17 ans), afin d'évaluer le lien avec différentes variables, dont l'environnement familial. Les résultats témoignent que les jeunes anxieux et ce, autant chez les filles que les garçons, disent vivre plus de tensions et de conflits au sein de leur famille. Dans une autre étude transversale, réalisée auprès de jeunes de la 4^e à la 7^e année (N=51) (Stark, Humphrey, Crook et Lewis, 1990), les résultats révèlent que les jeunes anxieux, mesurés à la fois par une entrevue clinique et des questionnaires autorapportés, percevaient plus négativement leur milieu familial, soit par un manque de cohésion et la présence de plus de conflits, comparativement au groupe contrôle. Il est aussi observé que ces mêmes variables sont significatives chez les élèves qui présentent un trouble dépressif et un trouble concomitant anxiété-dépression. De plus, la présence de conflits est plus importante dans le groupe concomitant que dans le groupe anxieux pur.

Sur le plan longitudinal, une étude a mesuré à sept mois d'intervalle la sensibilité à l'anxiété, mesurée comme la peur des symptômes anxieux et de leurs conséquences désagréables sur le plan physiologique ou psychologique, auprès de 1065 élèves (6^e et 8^e) année au Connecticut. Les résultats démontrent que les élèves manifestant de la

sensibilité à l'anxiété vivent plus de stress en lien avec la présence de conflits familiaux (McLaughlin et Hatzenbuehler, 2009).

1.4.7 Les conflits familiaux et la dépression

Une étude rétrospective a mesuré l'influence du milieu familial chez des jeunes âgés de 15 ans sur le développement d'un trouble dépressif entre l'âge de 18 et 26 ans. Il s'est avéré que les jeunes présentant un trouble dépressif au début de l'âge adulte rapportaient rétrospectivement la présence de violence et l'absence de cohésion au sein de leur famille à l'adolescence (Reinherz, Paradis, Giacona, Stashwick et Fitzmaurice, 2003). Dans le but d'évaluer la trajectoire des symptômes dépressifs chez des adolescents finlandais sur une période de trois ans, des chercheurs ont mesuré les rapports familiaux entretenus chez ces jeunes. Les résultats révèlent que le groupe dont la trajectoire des symptômes augmente significativement éprouve plus de conflits au sein de leur famille (Sallinen, Rönkä, Kinnunen et Kokko, 2007). Des résultats similaires ont été observés dans une étude longitudinale auprès d'un échantillon d'enfants québécois (N=414) (Brendgen, Wanner, Morin et Vitaro, 2005). Les résultats démontrent que la qualité de la relation familiale (l'attachement aux parents, la communication et la capacité à se révéler, se confier) est en lien avec la présence d'une humeur dépressive.

Malgré l'importance du soutien des pairs rapporté ultérieurement, à cette période du développement, le rôle que peut jouer la famille au début de l'adolescence semble déterminant pour le bien-être des jeunes. Une étude réalisée auprès de 12,210 adolescents chinois démontre qu'une fois les variables du sexe, de l'âge et du milieu de vie contrôlées, parmi les variables qui prédisent la dépression, la présence de conflits familiaux s'avère significative de même qu'un faible fonctionnement du milieu familial (Lin *et al.*, 2008). Une différence de genre pourrait aussi être observée entre la présence de conflits familiaux et le risque que se développent des symptômes dépressifs chez l'adolescent. Une étude effectuée auprès de 964 jeunes (10 à 15 ans) démontre que la relation entre les conflits familiaux et les symptômes dépressifs est plus significative chez les filles que chez les garçons (Davies et Lindsay, 2004). Selon ces chercheurs, ces

dernières seraient plus préoccupées par les relations interpersonnelles et se sentiraient plus préoccupées que les garçons, ce qui les rendrait plus vulnérables aux symptômes dépressifs.

1.4.8 Les conflits familiaux et la concomitance anxiété-dépression

À notre connaissance, peu d'études ont mesuré l'influence des variables liées à l'environnement familial et au développement d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression à l'adolescence. Sur le plan transversal, Bernstein et ses collègues (1999), ont évalué la présence d'une comorbidité entre l'anxiété et la dépression en lien avec le fonctionnement familial chez 46 adolescents (12 à 18 ans), qui démontrent une problématique de refus scolaire. Leurs résultats révèlent que l'absence de cohésion, donc plus de désengagement au sein de la famille, corrèle avec la présence d'une comorbidité chez les jeunes. Dans l'étude de O'Neil et ses collègues (2010), un plus grand dysfonctionnement général dans la famille est observé chez les jeunes (7 à 17 ans) qui présentent un trouble anxieux en concomitance avec une dépression. Ces résultats sont aussi démontrés par l'étude de Guberman et Manassis (2011), réalisée auprès d'enfants et d'adolescents (4 à 18 ans) et de leur mère. Les jeunes anxieux qui présentent aussi une dépression ont un moins bon fonctionnement familial que les sujets anxieux purs. Par contre, le fonctionnement familial des sujets dépressifs qui présentent aussi de l'anxiété n'est pas plus dysfonctionnel que chez ceux qui présentent uniquement une dépression. Dans l'étude de Lewinsohn et ses collègues (1995), les adolescents qui présentent une concomitance entre l'anxiété et la dépression ne vivent pas plus de conflits parentaux que ceux qui ne manifestent qu'un trouble dépressif. Ces derniers résultats semblent soulever l'argument que la dépression entraîne des difficultés familiales plus importantes que l'anxiété.

Sur le plan longitudinal, une étude s'est intéressée à la qualité du milieu familial de façon générale et le rôle de cette variable modératrice entre la présence de symptômes anxieux et le développement ultérieur de symptômes dépressifs, auprès d'un échantillon populationnel d'élèves de la 6^e année jusqu'à la 12^e année (N= 240) (Kouros *et al.*, 2013).

Les résultats démontrent que les symptômes anxieux prédisent l'augmentation des symptômes dépressifs autant pour les jeunes qui qualifient leur environnement familial comme étant de qualité que pour ceux qui jugent comme étant plus faible. Par contre, pour la relation inverse, soit entre les symptômes dépressifs et anxieux, la relation est significative seulement pour les jeunes dont la qualité du milieu familial est caractérisée comme étant mauvaise.

Dans l'ensemble, les études démontrent un lien entre le dysfonctionnement familial et les troubles intériorisés à l'adolescence. De plus, cette relation semble plus importante chez les adolescents éprouvant des symptômes dépressifs que chez ceux qui présentent des troubles anxieux. En ce qui concerne les adolescents qui manifestent un trouble concomitant, les résultats des études s'avèrent inconsistants.

En général, les études révèlent que la présence de stressors sur le plan social et familial, notamment l'absence de soutien des pairs et les conflits au sein de la famille, semble influencer l'émergence de dépression et d'anxiété chez les adolescents. L'adaptation des jeunes en milieu scolaire a fait l'objet de nombreuses études en lien avec la santé mentale (Eccles *et al.*, 1993, Eccles et Roeser, 2011; Marcotte, Cournoyer, Gagné et Bélanger, 2005; Marcotte, 2009). D'ailleurs, la transition primaire-secondaire se révèle être un stressor important pour certains élèves, qui voient leur risque de développer des symptômes intériorisés augmenté.

1.5 La transition primaire : influences sur l'anxiété et la dépression

La transition primaire secondaire peut représenter un défi important pour tous les élèves, bien que la plupart d'entre eux vivront ce changement positivement, d'autres connaîtront plus de difficultés d'adaptation. Une étude réalisée en Angleterre auprès d'élèves (11 à 12 ans) lors de la transition primaire-secondaire révèle que la qualité de vie des jeunes adolescents, définie par le sentiment d'autonomie et celui de faire partie d'un groupe, s'est améliorée de façon significative lors de ce changement de contexte scolaire, chez 21 % des participants (Gillison, Standage et Skevington, 2008).

Par contre, plusieurs études ont démontré que cette période de transition génère un stress important chez plusieurs élèves, puisque des changements dans plusieurs sphères de leur vie se manifestent simultanément: maturation pubertaire, transformation du réseau social, changement d'environnement scolaire (Roeser et Eccles, 2000). Selon la théorie d'Eccles et ses collaborateurs (1993), le contexte environnemental qu'offre l'école secondaire lors de cette transition, ne répond pas adéquatement aux besoins développementaux et psychologiques des adolescents, comparativement à l'école primaire, ce qui entraîne une baisse de motivation, des difficultés d'adaptation, une baisse du rendement scolaire ainsi que des difficultés d'adaptation. L'école secondaire offre un environnement qui fait davantage ressortir la compétition entre les élèves et l'esprit de performance, comparativement à l'école primaire, à un moment où le jeune est centré sur lui-même, afin de mieux se définir en tant que personne (Eccles et Midgley, 1990). Les tests d'entrées pour certaines écoles à volet spécifique en sont un bon exemple. De plus, l'élève du primaire demeure presque entièrement dans la même classe toute l'année, avec son groupe de pairs et un enseignant principal, ce qui n'est pas le cas au secondaire. En ce sens, l'élève est en relation sur une base régulière avec le même groupe de pairs et une source de soutien stable, soit l'enseignant. Ce dernier est souvent un modèle d'adulte en dehors des parents. Par contre, le contexte de l'école secondaire fait que le jeune se retrouve avec plusieurs enseignants, avec qui il est plus difficile de maintenir un lien, comparativement à l'école primaire (Eccles, 2002). Il a été démontré que la perception du soutien émotionnel offert par l'enseignant diminue au secondaire et que cela a un effet sur l'adaptation de l'élève, puisque cette personne est un modèle d'adulte significatif important en dehors du réseau familial (Barber et Olsen, 2004; Eccles, 2004; Eccles et Roeser, 2011; Eccles, Wigfield et Schiefele, 1998). Par exemple, dans une étude réalisée auprès d'élèves québécois, la perception d'un faible soutien de l'enseignant ainsi que celui des parents, lors de cette période de changement scolaire, est associée à une augmentation du risque que ne se développent des symptômes dépressifs entre la 6^e année et la deuxième secondaire (Lanson et Marcotte, 2012). De plus, cette même étude relate que les symptômes dépressifs tendent à augmenter de façon linéaire, entre la 6^e année et la deuxième secondaire. Le contexte même de la classe, orienté davantage vers les buts de performance et la compétition entre les élèves, comparativement aux buts de maîtrise

et l'apprentissage en équipe valorisés à l'école primaire, peut augmenter le stress chez les élèves (Midgley, Middleton, Gheen et Kumar, 2002).

En plus d'avoir une incidence sur le développement social, personnel et psychologique des élèves, l'adaptation à l'école secondaire, qu'impose cette transition scolaire peut engendrer une baisse du rendement scolaire (Bélanger et Marcotte, 2013; Chung, Elias et Schneider, 1998; Gagné et Marcotte, 2010). Une étude américaine s'est intéressée aux transitions scolaires entre l'école primaire et le premier cycle du secondaire et entre le premier et le deuxième cycle du secondaire. Les résultats de cette dernière révèlent qu'une baisse du rendement scolaire et une augmentation des difficultés personnelles et relationnelles sont observées lors de ces différentes transitions (Barber et Olsen, 2004). L'étude d'Alspaugh (1998), réalisée dans le contexte de différentes transitions scolaires du début du primaire à la fin du secondaire, soutient aussi une baisse du rendement scolaire lors de ces dernières. Des résultats similaires sont observés, autant chez les garçons et les filles lors de la transition de l'école élémentaire au «middle school» (Kingery, Erdley et Marshall, 2006).

Les difficultés d'adaptation soulevées par cette période de transition sont susceptibles de favoriser l'émergence de symptômes intériorisés. Dans l'étude de Barber et Olson (2004), cette transition scolaire est associée à l'augmentation des symptômes dépressifs chez les élèves, mais seuls les garçons verront leurs résultats scolaires chuter. Dans une autre étude sur la transition entre le début et la fin du secondaire, les élèves de 9^e année manifestent plus de symptômes dépressifs à la suite de cette transition (Little et Garber, 2004). Cette même étude démontre que, chez les filles, la présence de stressseurs sociaux, telles les difficultés rencontrées au sein de leurs relations sociales, pendant la transition, augmente les symptômes dépressifs après la transition. Les stressseurs scolaires sont aussi en lien avec la présence de symptômes dépressifs, et ce, de façon plus marquée chez les filles.

La présence de différents stressseurs lors de cette transition peut aussi favoriser l'émergence d'anxiété chez les jeunes. Une étude réalisée auprès de 1779 élèves issus de milieux multiculturels, lors de la transition au «high school», soit de la 7^e à la 8^e année,

démontre que les jeunes vivent plus d'anxiété sociale ainsi qu'une baisse de leurs résultats scolaires, immédiatement après la transition (Benner et Graham, 2009). Une autre étude, effectuée lors de cette même transition, observe que les symptômes d'anxiété et de dépression augmentent de la 7^e à la 9^e année et que le sentiment d'appartenance à l'école diminue (Lester, Waters et Cross, 2013). Cette relation s'avère bidirectionnelle puisque lorsque le sentiment d'appartenance à l'école augmente, les symptômes intériorisés diminuent. Par ailleurs, l'étude de Harter et ses collaborateurs (1992) révèle que les élèves qui vivent une transition scolaire en changeant d'école manifestent plus d'anxiété et ces symptômes corrélerent avec la compétence scolaire perçue et la motivation.

Bien que certains aspects positifs puissent se dégager de cette transition scolaire, les études semblent démontrer que cette période est souvent associée à un niveau plus élevé de stress chez les jeunes, qui doivent s'adapter à leur nouveau contexte environnemental, tout en transigeant avec la transition développementale de l'adolescence. La présente thèse s'inscrit donc dans ce contexte particulier où les risques que se développent des symptômes à la fois dépressifs et anxieux sont significatifs. Comme il a été mentionné précédemment, la présence de tels symptômes peut nuire à l'adaptation scolaire de l'élève et particulièrement son rendement scolaire.

1.6 Le rendement scolaire

Il a été démontré que les élèves manifestant des troubles intériorisés, telles la dépression et l'anxiété, éprouvent plus de difficultés sur le plan scolaire et sont pourtant souvent ignorés à l'école, contrairement aux élèves manifestant des troubles extériorisés, puisqu'ils ne dérangent pas en classe. Le rendement scolaire est une variable importante sur le plan de l'adaptation scolaire des élèves, puisqu'un faible rendement est associé au décrochage scolaire chez des élèves du secondaire (Battin-Pearson *et al.*, 2000; Fortin *et al.*, 2013). De nombreuses études ont observé que les élèves anxieux et dépressifs connaissent des difficultés sur le plan du rendement scolaire (Duchesne, Larose, Guay, Tremblay et Vitaro 2005; Ma, 1999) et que cette relation peut être bidirectionnelle (Gagné et Marcotte, 2010). Par exemple, selon une étude de Roeser et Eccles (2000), les jeunes qui vivent plus de détresse émotionnelle en 7^e année manifestent un plus faible

rendement scolaire un an plus tard. Par ailleurs, ceux qui ont un faible rendement scolaire, ressentent plus de détresse émotionnelle, c'est-à-dire démontrent plus de sentiments de tristesse, de colère et de désespoir, variables mesurées par le questionnaire autorapporté *Symptoms Checklist-90 (SCL-90-R)* (Derogatis, Rickels et Rock, 1976). De plus, la perception même que l'élève a de son rendement scolaire corrèle avec le rendement réel obtenu. Donc, il semble que les élèves qui se sentent plus compétents sur le plan scolaire ont de meilleurs résultats, ce qui favorise la perception du sentiment de compétence. Une étude longitudinale sur trois ans effectuée auprès de 807 enfants de 3^e et de 6^e année a démontré que les symptômes d'anxiété et de dépression ressentis sont prédicteurs de la perception d'un faible rendement scolaire (Cole, Peeke, Dolezal, Murray et Canzoniero, 1999). Des différences de genre ont aussi été observées; les garçons ont tendance à surestimer leur compétence scolaire, alors que les filles la sous-estiment. Par contre, cette étude n'appuie pas l'hypothèse inverse, à savoir que la tendance à sous-estimer ou surestimer ses compétences scolaires prédit un changement sur le plan des symptômes dépressifs ou anxieux.

Selon Roeser et Eccles (2000), les difficultés émotionnelles entraînent des façons de penser qui, en retour, vont influencer le rendement scolaire. Par exemple, des émotions négatives pourraient créer des biais de mémoire ou des biais attentionnels, ce qui aurait pour conséquence de nuire au rendement scolaire. À l'inverse, les élèves qui ont un faible rendement scolaire perçoivent leurs difficultés en fonction de leurs propres incompétences, qui créeront chez eux un sentiment de honte, de faible estime de soi ou de doute envers leur capacité à réussir. Ce type de représentation serait en lien avec les troubles intériorisés.

1.6.1 Le rendement scolaire et l'anxiété

Les études démontrent un lien entre la présence d'anxiété et des difficultés cognitives, qui ont pour conséquence d'engendrer des résultats scolaires plus faibles (Wood, 2006). Les problèmes de concentration et le niveau plus élevé de distraction chez les élèves anxieux pourraient être en lien avec un plus faible rendement scolaire (Atkinson et Hornby, 2002). Une méta-analyse a vérifié le lien entre l'anxiété et la réussite en mathématiques,

chez des élèves de la 4^e année à la 12^e année et révèle que les élèves anxieux ont de plus faibles résultats scolaires que les élèves non anxieux (Ma, 1999). Une étude longitudinale auprès de 1265 participants a mesuré la présence de symptômes anxieux chez des élèves âgés de 14 à 16 ans et leur réussite scolaire de 16 à 21 ans. Il s'avère que l'anxiété présente à l'adolescence prédit une faible réussite scolaire quelques années plus tard (Woodward et Fergusson, 2001). Le construit de réussite scolaire est mesuré ici par les probabilités que l'élève poursuive ses études au niveau post secondaire, que ce soit en milieu universitaire ou en formation professionnelle. L'étude de Wood (2006) démontre qu'en réduisant les symptômes d'anxiété présents chez 40 élèves de la 6^e à la 13^e année, les résultats scolaires s'amélioreraient. Une autre étude réalisée auprès de 171 adolescents hispaniques (14 à 16 ans) a mesuré le rendement scolaire, la présence de symptômes anxieux et dépressifs et le stress psychosocial des élèves (Alva et Los Reyes, 1999). Les résultats révèlent que la présence de symptômes dépressifs corrèle avec un rendement scolaire plus faible, mais cette relation n'est pas observée pour l'anxiété. Par contre, une étude transversale récente effectuée auprès de 98 adolescents espagnols (12 à 16 ans) démontre qu'un niveau modéré d'anxiété est associé à un meilleur rendement scolaire, ce qui peut motiver l'élève à étudier et à se concentrer sur la tâche, de peur de ne pas réussir. (Fernandez-Castillo et Gutiérrez-Rojas, 2009).

1.6.2 Le rendement scolaire et la dépression

Les symptômes dépressifs, dont le manque de concentration, la perte d'intérêt, le manque d'initiative, le retard psychomoteur, la faible estime de soi, la fatigue, l'insomnie et le retrait social nuisent au bon fonctionnement cognitif, au désir d'apprendre et au rendement scolaire (Fröjd *et al.*, 2008). Dans une étude québécoise réalisée auprès de 374 élèves de 4^e secondaire (âge moyen = 15 ans), l'inquiétude face aux examens ou la présence élevée de symptômes dépressifs sont négativement et significativement associées au rendement scolaire (Dumont, Leclerc et Deslandes, 2003). De même, une étude finlandaise réalisée auprès d'adolescents de la 8^e et 9^e année (14 à 16 ans) démontre que la présence de symptômes dépressifs modérés à sévères corrèle avec de faibles résultats scolaires (Kaltiala-Heino, Rimpelä et Rantanen, 1998). Les résultats de cette

étude démontrent aussi la présence de la relation inverse, soit que les élèves ayant de bons résultats scolaires ont moins de symptômes dépressifs. Dans une étude effectuée auprès de 2516 élèves de la 7^e- 9^e année (13 à 17 ans), le lien entre un faible rendement scolaire et la présence de symptômes dépressifs est aussi démontré; plus le rendement est faible plus les symptômes dépressifs sont importants, et ce, autant chez les garçons que chez les filles (Fröjd *et al.*, 2008).

Une étude récente, réalisée auprès d'élèves québécois du secondaire, a démontré qu'une baisse du rendement scolaire était observée chez les élèves dépressifs et que ce dernier permettait de distinguer les élèves dépressifs persévérants des élèves dépressifs décrocheurs (Gagné *et al.*, 2011). Les élèves qui sont décrocheurs ont des résultats plus faibles dans les matières de base, soit le français et les mathématiques, que leurs pairs qui sont plus persévérants sur le plan académique. De plus, la présence d'un rendement scolaire plus faible augmente le risque qu'un élève dépressif décroche du système scolaire avant la fin de ses études secondaires.

1.6.3 Le rendement scolaire et la concomitance

Bien que plusieurs études se soient intéressées aux troubles intériorisés et à l'adaptation scolaire, et plus spécifiquement au rendement scolaire, peu d'études à notre connaissance ont tenté d'évaluer l'effet d'un trouble concomitant entre l'anxiété et la dépression sur le rendement scolaire des élèves du secondaire. L'étude de Franco et ses collaborateurs (2007), réalisée auprès d'enfants et d'adolescents (moyenne d'âge = 10 ans) observe que le groupe qui présente les deux problématiques a une moins bonne performance scolaire que le groupe d'élèves anxieux purs. Lorsque les études évoquent la présence de symptômes anxieux et dépressifs, la plupart du temps ces derniers sont mesurés de façon indépendante et non en concomitance les uns avec les autres.

Ainsi, en ce qui concerne le rendement scolaire, les études ont démontré une relation entre un faible rendement scolaire et la présence de symptômes dépressifs. Cette relation peut aussi être bidirectionnelle. En ce qui concerne les symptômes anxieux, des résultats semblables ont été observés.

1.7 Éthique

Cette étude a été réalisée dans le cadre du projet de recherche de Diane Marcotte: «Étude de la trajectoire développementale et des facteurs associés à la dépression dans le contexte de la transition primaire-secondaire». Ce projet de recherche a été subventionné par le Fonds québécois de recherche sur les sociétés et les cultures et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (2003-2006). Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a évalué et jugé ce projet conforme. Le formulaire de conformité est présenté à l'appendice F, pour plus de détails.

1.8 Objectifs

Cette section présentera l'objectif principal de la thèse, laquelle sera suivie des objectifs spécifiques qui motiveront la rédaction des deux articles qui composent cette thèse.

1.8.1 Objectif principal de la thèse

L'objectif principal de cette thèse est de mieux comprendre la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression et le développement de leur concomitance, lors du passage primaire-secondaire, tout en cernant les différentes variables associées aux élèves anxieux de 6^e année qui vont développer un trouble concomitant en 2^e secondaire.

1.8.2 Objectifs spécifiques de l'article 1

Le premier objectif de cette étude est de mesurer la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression dans le contexte de la transition primaire-secondaire, à savoir si la présence d'un trouble anxieux en 6^e année augmente le risque que se développe un trouble dépressif en 2^e secondaire. Une première analyse log-linaire hiérarchique qui permet de mesurer la relation triple entre le sexe du participant, la présence d'un trouble anxieux en sixième année et le développement d'un trouble dépressif deux ans plus tard est effectuée. Le deuxième objectif spécifique vise à comparer les distorsions cognitives des adolescents anxieux et anxieux-dépressifs et de mesurer si la présence de distorsions

cognitives dépressogènes chez les élèves anxieux de 6^e année influence le risque qu'une concomitance entre l'anxiété et la dépression se développe en 2^e secondaire. Des analyses de variance univariées sont effectuées afin de répondre à cet objectif.

1.8.3 Objectifs spécifiques de l'article 2

Le deuxième article a pour but de mieux comprendre le développement d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression, lors du passage primaire-secondaire, en mesurant les effets de certaines variables psychosociales présentes chez les élèves anxieux de 6^e année. Le premier objectif est de mesurer si le soutien des pairs perçu, les conflits familiaux, ainsi que le rendement scolaire, distinguent dans un premier temps, les élèves anxieux et non anxieux au temps 1 (6^e année) et dans un deuxième temps, les élèves anxieux et anxieux-dépressifs au temps 2 (2^e secondaire). Le deuxième objectif a pour but de vérifier si les élèves anxieux du temps 1, qui manifestent peu de soutien, vivent plus de conflits au sein de leur famille et ont un faible rendement scolaire, ont plus de risque d'être associés aux groupes d'élèves anxieux-dépressifs du temps 2.

1.9 Méthode

Un échantillon de 146 élèves de 6^e année du primaire (62 filles; 84 garçons), âgés entre 11 et 12 ans en 2003, et provenant de douze écoles publiques des Commissions scolaires des Patriotes et de La Riveraine, sur la Rive-Sud de Montréal et la Rive Sud de Trois-Rivières est utilisé pour cette thèse. Ce sous-échantillon provient d'un plus grand échantillon initial (499 élèves) d'une étude longitudinale, d'une durée de 9 ans (2003-2012). Dans un premier temps, tous les élèves de 6^e année des écoles primaires ciblées avaient été sollicités. Ces écoles ont été choisies selon les données disponibles au Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport, afin de minimiser la dispersion des élèves lors de leur passage au secondaire, soit du Temps 1 au Temps 2 de l'étude. Un formulaire de consentement a été envoyé aux parents pour la participation de leur enfant aux trois premiers temps de l'étude, le tout sur une base volontaire. De plus, un formulaire de

consentement a aussi été rempli par l'élève à chaque temps de l'étude. Ces formulaires sont présentés aux appendices G.

À l'automne de chaque temps de mesure, des assistants de recherche formés à la passation des questionnaires ont rencontré les élèves en groupe dans leur classe régulière. Ces assistants de recherche étaient des étudiants au doctorat en psychologie de l'éducation de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) travaillant au Laboratoire de recherche sur la santé mentale des jeunes en contexte scolaire de l'UQAM, dirigé par Madame Diane Marcotte. Les différents questionnaires ont été assemblés à l'intérieur d'un cahier et l'ordre dans lequel ils sont disposés, variait d'une année à l'autre. Des extraits de ces derniers sont présentés à l'appendice H. Des consignes claires étaient fournies aux élèves et les assistants de recherche demeuraient disponibles pour répondre à leurs questions. Ces dernières sont présentées à l'appendice G. La passation se faisait de façon individuelle et en silence. La durée de cette passation était d'environ 45 minutes.

Un sous-échantillon d'élèves a été invité à participer à une entrevue individuelle interactive informatisée d'évaluation des troubles de santé mentale, le *Dominique Interactif pour Adolescents*. Cette entrevue est d'une durée de 20 à 30 minutes. À la fin de chaque année scolaire, les notes en mathématiques et en français des élèves nous ont été envoyées par les différentes directions d'école. Au temps 1, le pourcentage d'acceptation était de 83,4 % à la Commission de la Rivéraine alors qu'à la Commission scolaire des Patriotes, il était de 72,9 %. La moyenne pour ces deux commissions était de 77 %. Le taux d'attrition au temps 3 de l'étude était très faible, soit 1,4 %.

CHAPITRE II

PREMIER ARTICLE : LA RELATION TEMPORELLE ENTRE L'ANXIÉTÉ ET LA DÉPRESSION DANS LE CONTEXTE DE LA TRANSITION PRIMAIRE- SECONDAIRE

Roxanne Richard et Diane Marcotte
Université du Québec à Montréal

Article publié dans
Santé Mentale au Québec (2013)
Vol.36, no.2, p.257-276

RÉSUMÉ

Cette étude longitudinale s'intéresse à la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression en contexte de la transition primaire-secondaire, en examinant si la présence d'un trouble anxieux en sixième année (temps 1), soit à l'âge de 11-12 ans, augmente le risque que se développe un trouble dépressif deux ans plus tard, soit en deuxième secondaire (temps 2). Un échantillon de 146 élèves, soit 62 filles et 84 garçons (moyenne d'âge 11,22 ans) ont participé à cette étude. Les résultats révèlent une tendance entre la présence d'anxiété en sixième année et le développement d'un trouble dépressif en deuxième secondaire, et ce, chez les filles seulement. La présence de distorsions cognitives distingue les groupes sur le plan transversal seulement. L'analyse longitudinale s'avère non significative entre la présence de distorsions cognitives chez les élèves anxieux du temps 1 et le développement d'un trouble dépressif au temps 2. En sixième année, les élèves anxieux présentent déjà des distorsions cognitives associées à la dépression, alors que les élèves anxieux-dépressifs de deuxième secondaire se distinguent des élèves anxieux par la présence de distorsions cognitives de dépendance. Ces résultats démontrent l'importance d'intervenir tôt chez les élèves qui présentent un trouble anxieux et plus spécifiquement chez les filles, qui se révèlent être plus vulnérables pour ce qui est du développement de la dépression au début de l'adolescence.

ABSTRACT

Depression and anxiety are among the most prevalent disorders in the adolescent population. An increase of the prevalence of these disorders is taking place during adolescence, this developmental period being experienced in synchronicity with the high school transition. Also, some studies suggested the existence of a developmental trend between the onset of anxiety and depression. This longitudinal study explored the temporal relationship between anxiety and depression during the transition from primary to high school. Goals: first, this study examined whether the presence of anxiety in grade 6 (Time 1) increases the risk of depression in grade 8 (Time 2). Then a subgroup of comorbid students, who presented anxiety and depression, was compared with a

subgroup of anxious ones on the presence of cognitive distortions. It was assessed whether cognitive distortions in the anxious group in Time 1 influenced the development of comorbidity between anxiety and depression in Time 2. Method: 146 students from 12 public schools, 62 girls and 84 boys (mean = 11, 22 years) participated in this study. This sub sample was drawn from a larger sample of 499 students, in a 9 years longitudinal study (2003-2012). Participants completed the questionnaire and were met for an interview at the beginning of each school year. Parents consent was obtained. In Time 1, students were divided into two subgroups, anxious and non-anxious students. At time 2, two subgroups of students were constituted, either anxious or comorbid anxious and depressed students. Depression was controlled at time 1. The *Dominic Interactive for Adolescents* (Valla, 2000) was used to measure the presence of anxiety and depression. The correlation (.34 to .62) between the three anxiety scales (separation anxiety, generalized anxiety and phobia) allowed the creation of a unique anxiety score. Cognitive distortions (related to dependence, achievement and self control) were measured by the *Dysfunctional Attitudes Scale* (Weissman et Beck, 1978). Results: The hierarchical log linear analyse revealed a tendency between the presence of anxiety in Time 1 and the development of depression in Time 2, only for girls ($p = .08$), so that 25 % of anxious girls at Time 1 became depressive at Time 2, compare to 0 % of non anxious girls. For boys, whether anxiety is present or not, the two subgroups presented the same risk to develop depression. Then, results of a Manova analysis revealed that anxious students at time 1 already adopted cognitive distortions related to dependency and to achievement, usually associated with depression. At time 2, the result of the Manova revealed that comorbid students presented more cognitive distortions related to dependency then the anxious students. However, non significant results were found for the longitudinal analysis, which did not support the existence of a predicting link between the presence of depressogenous cognitive distortions at Time 1 in the anxious subgroup of students and the emergence of comorbidity at Time 2. Conclusion: The results of the present study testified to the importance to prevent depression, especially for anxious girls. Anxiety seems to have a different role for girls and boys. A trend was observed between the presence of an anxiety disorder in Grade 6 and the development of a depressive disorder two years later, among girls only. This result raises the importance to understand the role

of anxiety in girls to reduce their risk of developing a depressive disorder. Our results also showed that anxious students in Grade 6, already presented cognitive distortions related to dependency and achievement which are associated with depression while comorbid students in the second year of high school presented more cognitive distortions related to dependency only, when they were compared with the anxious group.

2.1 Introduction

Le début de l'adolescence, marqué par la transition du primaire au secondaire, est une période particulièrement stressante pour les jeunes. Ces derniers doivent faire face à de nouveaux défis, tout en développant de nouvelles habiletés sociales et personnelles (Barber et Olsen, 2004). À cette période particulièrement riche en changements et en bouleversements hormonaux, il a été observé que l'anxiété et la dépression sont souvent présentes et ce, parfois même simultanément (Essau, 2003) ; il est alors question de la comorbidité concomitante entre les deux troubles (Rohde, Lewinsohn et Seeley, 1991). La présence de troubles anxieux et dépressifs complexifie le diagnostic et diminue les chances de réussite du traitement. Cette comorbidité soulève l'importance fondamentale d'étudier ces deux problématiques, et ce, particulièrement à l'adolescence (Vasa et Pine, 2006).

2.1.1 L'anxiété

La présence d'anxiété peut avoir de nombreuses conséquences chez les jeunes en milieu scolaire : conflits avec les pairs, problèmes de concentration, ainsi qu'un taux d'absentéisme plus élevé, ce qui peut mener à des difficultés d'apprentissage et à un risque de décrochage scolaire (Essau, Conradt et Petermann, 2000 ; Kim-Cohen *et al.*, 2003 ; Witteborg, Lowe, Lee et Steven, 2009). Une étude épidémiologique de la National Comorbidity Survey (N=10,123) évalue la présence d'anxiété globale à vie à 31,4 % chez les 13-14 ans, à l'aide d'une entrevue diagnostique structurée, soit une version abrégée du World Health Organization (WHO), le *Composite International Diagnostic Interview* (Merikangas *et al.*, 2010). De plus, il est démontré que l'anxiété est plus élevée chez les

filles que chez les garçons et cela, dans les différents groupes d'âge (Bergeron, Valla et Gauthier, 2007).

2.1.2 La dépression

Au Québec, environ 16 % des adolescents manifestent un trouble dépressif (Marcotte, 2009) et environ 20 % des jeunes adultes connaîtront un épisode dépressif avant l'âge de 18 ans (Hankin *et al.*, 1998). À l'adolescence, les filles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à manifester un trouble de l'humeur (Gonzalez-Tejera *et al.*, 2005). La synchronie entre la transition primaire-secondaire et les changements pubertaires vulnérabilisent les filles davantage. En réaction aux stressseurs, ces dernières ont recours à la rumination et ont un style d'attribution interne alors que les garçons se mobilisent dans l'action pour mieux gérer le stress (Nolen-Hoeksema et Girgus, 1994). Les jeunes souffrant de dépression en milieu scolaire sont à risque d'éprouver des difficultés tant dans leurs relations avec les pairs que sur le plan de leur fonctionnement en classe ou de leur rendement scolaire, et ils sont plus à risque de décrocher de l'école (Gagné, Marcotte et Fortin, 2011 ; Ward, Sylva et Gresham, 2010). De plus, environ 20 % de ces élèves dépressifs font des tentatives de suicide (Kessler et Walter, 1998).

2.1.3 Comorbidité et concomitance

La comorbidité implique la présence de deux troubles ou plus chez un même individu (Angold, Costello et Erkanli, 1999). D'ailleurs, la comorbidité est plus importante entre l'anxiété et la dépression qu'entre les autres problématiques, notamment le trouble des conduites ou le trouble déficitaire de l'attention (Costello, Foley et Angold, 2006 ; Kessler *et al.*, 2003) et cette dernière est plus présente chez les filles (Klein, Shankman, Lewinsohn, Rohde et Seeley, 2004). La comorbidité apparaît de façon concurrente ou concomitante si les troubles sont présents simultanément chez le même individu (Rohde *et al.*, 1991). Selon Angold et ses collègues (1999), l'anxiété est présente chez 39 % des adolescents dépressifs, alors que la dépression se manifeste chez 17 % des adolescents anxieux. La présence d'une telle concomitance peut entraîner un développement plus

critique de la dépression et de l'anxiété et les symptômes sont plus sévères et aussi plus persistants que ceux engendrés par la dépression seule (Andover, Izzo et Kelly *et al.*, 2011). Les jeunes qui présentent une telle concomitance répondent moins bien au traitement (Young, Mufson et Davies, 2006), en plus d'avoir des difficultés importantes tant sur le plan scolaire que personnel, dont un risque suicidaire plus élevé (Lewinsohn, Rohde et Seeley, 1995).

2.1.4 Séquence d'apparition des troubles

En présence d'une concomitance, plusieurs études démontrent que l'anxiété précède temporellement la dépression (Bittner *et al.*, 2004 ; Mathew, Pettit, Lewinsohn, Seeley et Roberts, 2011 ; Zahn-Waxler, Klimes-Dougan et Slattery, 2000). La dépression primaire à l'anxiété semble plus rare, bien qu'elle soit parfois observée (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler et Angold 2003 ; Gallerani, Garber et Martin, 2010). Cette séquence temporelle entre les deux troubles semble encore mal comprise (Andover *et al.*, 2011). La plupart des études qui s'y intéressent mesurent l'anxiété comme étant primaire à la dépression. Certaines ont tenté de démontrer que la présence d'anxiété pourrait augmenter le risque que ne se développe la dépression (Beesdo, Pine, Lieb et Wittchen, 2010 ; Wittchen, Beesdo, Bittner et Goddwin, 2003). Bien que le rôle joué par l'anxiété et les mécanismes impliqués ne soient pas clairement définis, des hypothèses ont été émises. Les conséquences engendrées par l'anxiété, par exemple l'évitement ou l'isolement social, pourraient être des facteurs dépressogènes et ainsi augmenter le risque qu'une dépression se développe (Garber et Weersing, 2010 ; Wittchen *et al.*, 2003). Le nombre de troubles anxieux présents ainsi que l'intensité de l'anxiété ressentie, qui engendre des conséquences défavorables sur le fonctionnement de l'individu, pourraient aussi expliquer le développement de la dépression (Bittner *et al.*, 2004). D'autres études effectuées sur des paires de jumeaux ont aussi soulevé l'hypothèse d'une influence génétique commune à l'anxiété et à la dépression (Middeldorp, Cath, Van Dyck et Boomsma, 2005). Une autre hypothèse a été récemment explorée dans une étude pilote, où la présence de cognitions négatives et de ruminations pouvait agir comme médiateur

de la relation entre les symptômes anxieux et le développement de symptômes dépressifs chez de jeunes adultes (Starr et Davila, 2012).

2.1.5 Distorsions cognitives

Un des facteurs clés dans le développement de l'anxiété et de la dépression est la présence de distorsions cognitives. Pour les élèves anxieux, les pensées erronées concernent l'évaluation de menaces futures ainsi que la peur de ne pas pouvoir y faire face (Beck et Emery, 1985; Rapee, Schniering et Hudson, 2009). Ces derniers ont tendance à surestimer le danger et à mettre en avant les conséquences négatives des événements, ce qui augmente leur angoisse (Ollendick, Shortt et Sander, 2008). Chez les sujets dépressifs, les distorsions cognitives se révèlent par la tendance à interpréter les événements avec pessimisme; ils portent un jugement négatif sur eux-mêmes, sur le monde et sur l'avenir (Dumas, 2007). Bien que les erreurs cognitives varient d'un trouble à l'autre, la présence de biais cognitifs joue un rôle dans le maintien de l'anxiété tout comme de la dépression (Muris, Roelofs et Meesters, 2004). L'étude de Muris et ses collègues (2004) a démontré que les ruminations et les inquiétudes étaient à la fois présentes chez les adolescents anxieux et chez les dépressifs. Une autre étude réalisée auprès d'adolescents (11 à 16 ans) affirme que les cognitions négatives en lien avec le passé ou le futur sont les mêmes pour les jeunes anxieux et dépressifs sur le plan sous-clinique (Miles, McLeod et Pote, 2004). Une étude réalisée auprès de jeunes adultes démontre que les vulnérabilités cognitives associées au désespoir sont en lien avec la concomitance entre l'anxiété et la dépression, mais non avec l'anxiété pure (Alloy *et al.*, 2006). Ainsi, ces vulnérabilités pourraient avoir un rôle à jouer dans le développement d'une telle comorbidité. Par contre, à notre connaissance, très peu d'études se sont intéressées au rôle des distorsions cognitives propres à la dépression, dans la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression ou dans le développement d'une concomitance entre ces deux problématiques, au début de l'adolescence. Hankin et ses collègues (2004) ont mesuré la présence de distorsions cognitives liées à la dépression en lien avec le développement de symptômes anxieux et dépressifs chez de jeunes adultes. Les résultats démontrent que ces distorsions corrèlent avec les deux types de symptômes, mais ne

prédisent que ceux liés à la dépression.

2.1.6 Objectifs de l'étude

Le premier objectif de cette étude est de mesurer la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression dans le contexte de la transition primaire- secondaire, à savoir si la présence d'un trouble anxieux en sixième année augmente le risque que ne se développe un trouble dépressif en deuxième secondaire. Le deuxième objectif est de comparer les distorsions cognitives des adolescents anxieux et concomitants et de mesurer si la présence de distorsions cognitives dépressogènes chez les élèves anxieux de sixième année influence le risque qu'une concomitance entre l'anxiété et la dépression ne se développe en deuxième secondaire.

2.2 Méthode

2.2.1 Participants

Cette étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 146 élèves de sixième année du primaire (62 filles et 84 garçons), dont la moyenne d'âge est de 11,22 ans ($ET = ,45$) en 2003, soit au temps 1 de l'étude et de 13,55 ans ($ET = ,51$) au temps 2. De cet échantillon, 19 sujets présentant déjà un trouble dépressif au temps 1 ont été retirés des analyses, car nous évaluons la séquence temporelle anxiété-dépression où la dernière problématique ne peut être présente au départ. Aucun autre critère d'exclusion n'a été appliqué. Le tableau 1 illustre le nombre de participants à chaque temps de mesure.

Tableau 1. Nombre de participants par groupe aux deux temps de mesure (N= 127 au temps 1)

Groupes	Temps 1 6^e année	Temps 2 Secondaire 2
Sans trouble	Filles =8 Garçons =35	NIL
Anxieux	Filles=43 Garçons=41	Filles=29 Garçons=23
Anxieux-dépressifs	NIL	Filles=9 Garçons=3

Précisons qu'au Québec, l'école primaire correspond à trois cycles de deux années, pour une durée de six ans. Les élèves ont généralement entre 11 et 12 ans à leur sortie. En ce qui concerne l'ordre d'enseignement secondaire, il est composé de cinq niveaux et les élèves ont près de 12 ans à leur entrée. Les élèves de l'échantillon sont issus de douze écoles publiques de la Rive-Sud de Montréal et de la région de Trois-Rivières et proviennent de milieux économiques variant de moyen à élevé. Les écoles ont été choisies selon les données disponibles au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, afin de minimiser la dispersion des élèves lors de leur passage au secondaire.

Ce sous-échantillon est constitué à partir d'un plus large échantillon initial populationnel (499 élèves) issu d'une étude longitudinale d'une durée de neuf ans (2003-2012). Un faible taux d'attrition est observé à ce temps de mesure (1,4 %). Au temps 1, les élèves sont répartis dans deux groupes selon leurs résultats obtenus à l'entrevue du *Dominique Interactif pour Adolescents*, tout en contrôlant pour la dépression : soit les élèves anxieux (N = 84, soit 41 garçons et 43 filles) et les élèves non anxieux (N = 43, soit 8 filles et 35 garçons). Les élèves qui ont obtenu un score au-delà du score de coupure à l'une ou l'autre des échelles d'anxiété (anxiété de séparation, anxiété généralisée, phobie) constituent le groupe des élèves anxieux alors que ceux qui ont obtenu un score en deçà du score de coupure, correspondent aux élèves non anxieux. Au temps 2, nous sommes en présence de deux groupes, soit les élèves anxieux (N = 52, soit 23 garçons et 29 filles) et

les élèves qui ont obtenu un score au-delà du score de couper à l'une ou l'autre des échelles d'anxiété et de dépression forment les participants du groupe anxieux-dépressif (N = 12, soit 3 garçons et 9 filles). Il n'a pas été possible de former un groupe d'élèves dépressifs puisque seulement trois élèves présentaient un trouble dépressif pur au temps 2.

2.2.2 Procédures

Le consentement des parents et celui de l'élève ont été obtenus à chacun des temps de mesure. Dans les deux commissions scolaires sollicitées, 77 % des parents ont accepté que leur enfant participe à l'étude. À l'automne, les élèves ont été invités à participer à l'entrevue d'évaluation des troubles de santé mentale, alors que la mesure des attitudes dysfonctionnelles a été administrée en groupe classe, par des assistants de recherche formés à la passation.

2.2.3 Instruments

Les troubles dépressifs et anxieux sont évalués à l'aide du *Dominique interactif pour Adolescents* (Valla, 2000). Cette mesure autoévaluative sous forme d'entrevue informatisée avec pictogrammes est composée de huit sous-échelles représentant les troubles de santé mentale qui se manifestent chez les adolescents (Bouvard, Dantzer et Turgeon, 2007). Les symptômes mesurés s'approchent d'un diagnostic, puisqu'ils correspondent aux critères diagnostiques des troubles selon le DSM-IV. La sous-échelle anxiété de séparation comporte six questions ; l'anxiété généralisée, 16 et la phobie, 8. En ce qui concerne la sous-échelle dépression, elle comporte 19 questions se rapportant aux critères du DSM-IV. Les réponses sont classées en trois catégories : 0 = ne présente probablement pas un problème, 1 = présente probablement un problème et 2 = a un problème. De ces catégories, deux seuils sont établis pour chacune des sous-échelles mesurées, soient qu'une tendance vers un trouble de santé mentale, selon le DSM-IV-TR est présente (cote de 1 ou 2) ou absente (cote de 0).

De nombreuses études ont jugé les propriétés psychométriques du *Dominique Interactif pour Adolescents* comme étant très satisfaisantes (Hardoon et Derevnesky, 2002 ; Smolla, Valla, Bergeron, Berthiaume et St-Georges, 2004 ; Valla *et al.*, 2002). Une étude réalisée auprès de 607 adolescents de la région de Montréal âges de 12 à 15 ans, démontre que pour la majorité des échelles, la consistance interne varie de ,69 à ,89, alors que la fidélité test-retest = de ,78 à ,87 (Bergeron *et al.*, 2010). *L'Échelle des attitudes dysfonctionnelles* (Weissman et Beck, 1978 ; version française de Bouvard et Cottraux, 1998) est un instrument de mesure de 24 items qui évalue les distorsions cognitives des participants à l'aide de trois sous-échelles : la réussite (« si j'échoue en partie, c'est aussi pire que d'échouer complètement »), la dépendance (« je ne suis rien si une personne que j'aime ne m'aime pas ») et l'autocontrôle (« une personne devrait être capable de contrôler ce qui lui arrive »). Le sujet répond à partir d'une échelle de Likert allant de 1, « complètement d'accord », à 7, « complètement en désaccord ». Ce questionnaire a été validé auprès d'un échantillon d'adolescents Québécois francophones et les coefficients de consistance interne varient de ,63 à ,73 (Marcotte, Marcotte et Bouffard, 2002).

2.3 Résultats

La corrélation entre les trois troubles anxieux variant de ,34 à ,62, a permis de créer une seule variable d'anxiété, par l'addition des scores de ces trois sous-échelles.

Le premier objectif était de mesurer la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression, plus précisément de savoir si le fait de présenter un trouble anxieux au temps 1 était associé au développement d'un trouble dépressif deux ans plus tard. La dépression a été contrôlée au temps 1. Une première analyse log-linaire hiérarchique qui permettait de voir la relation triple entre le sexe du participant, la présence d'un trouble anxieux en sixième année et le développement d'un trouble dépressif deux ans plus tard a été effectuée. Les résultats des associations partielles ont démontré que les filles sont à la fois plus anxieuses que les garçons au temps 1 [$\chi^2(1) = 10,49$, $p < ,05$] et plus dépressives au temps 2 [$\chi^2(1) = 5,30$, $p < ,05$]. En ce qui concerne l'interaction triple, cette dernière a révélé une certaine tendance de la relation temporelle entre les deux troubles et le sexe [χ^2

(1) = 3,08, $p = ,08$]. D'un point de vue descriptif, 25 % des adolescentes anxieuses en sixième année ont développé un trouble dépressif au temps 2, comparativement à 0 % des filles non anxieuses. Chez les garçons, la présence d'anxiété au temps 1 n'a pas augmenté les probabilités qu'un trouble dépressif se développe puisqu'autant de garçons non anxieux qu'anxieux, soit 5 %, ont développé le trouble dépressif au temps 2.

Le deuxième objectif avait pour but de mesurer l'effet de la présence, chez les élèves anxieux de sixième année, de distorsions cognitives typiquement associées à la dépression, sur le développement de la dépression en deuxième secondaire. De plus, nous voulions évaluer si les élèves qui présentaient une concomitance entre l'anxiété et la dépression en deuxième secondaire adoptaient plus de distorsions cognitives dépressogènes que les élèves anxieux. La présence de dépression était contrôlée au temps 1. Pour ces prochaines analyses, les variables dépendantes ont été pré-testées et l'effet du sexe a été vérifié. Aucun effet d'interaction s'avérant significatif, la variable sexe a donc été retirée des analyses. Premièrement, nous avons comparé les élèves anxieux et non anxieux en sixième année sur la présence de distorsions cognitives reliées à la dépendance, la réussite et l'autocontrôle, à l'aide d'une analyse de variance multivariée, puisque les trois distorsions cognitives sont corrélées entre elles ($r = ,17$ à $,53$). Le résultat du test multivarié Lambda de Wilks (λ) a démontré un effet principal significatif pour la variable groupe [$F(3, 121) = 2,79, p < ,05, \eta^2 = ,07$]. Les tests univariés ont révélé des effets significatifs à la fois pour les distorsions cognitives reliées à la réussite [$F(1,123) = 4,16, p < ,05, \eta^2 = ,16$] et à la dépendance [$F(1,123) = 4,21, p < ,05 ; \eta^2 = ,16$]. En ce qui concerne les distorsions cognitives reliées à l'autocontrôle, l'effet observé n'était pas significatif [$F(1,123) = 1,00, p > ,05$]. Ainsi, les élèves anxieux présentent plus de distorsions cognitives de réussite ($M = 28,67, ET = 9,08$) et de dépendance ($M = 28,85, ET = 7,42$) que les élèves non anxieux ($M = 24,88, ET = 11,09 ; M = 25,77, ET = 8,87$) au temps 1. Ensuite, une analyse de variance multivariée a été effectuée pour comparer les deux groupes en deuxième secondaire, soit le groupe d'élèves anxieux et le groupe d'élèves anxieux-dépressifs, sur la présence des trois types de distorsions cognitives. Le test Lambda de Wilks de l'analyse multivariée était significatif [$F(3,59) = 3,80, p < ,05 ; \eta^2 = 0,16$]. En analyse univariée, nous avons observé que les deux groupes

ne se distinguaient que sur la présence de distorsions cognitives de dépendance [$F(1,61) = 5,87, p < ,05 ; \eta^2 = ,09$]. Les élèves du groupe anxieux-dépressif ont plus de distorsions cognitives de dépendance ($M = 32,83, ET = 10,58$) que les élèves du groupe anxieux ($M = 26,38, ET = 7,72$). En ce qui concerne les distorsions cognitives de réussite, ces dernières ne présentaient pas d'effet significatif [$F(1,61) = 1,53, p > ,05$]. Par contre, une tendance a été observée sur la présence de distorsions reliées à l'autocontrôle [$F(1,61) = 3,33, p = ,07 ; \eta^2 = ,05$]. Les élèves anxieux présentent plus de ce type de distorsions ($M = 35,34, ET = 7,71$) que les élèves anxieux-dépressifs ($M = 30,58, ET = 9,80$). Dans un deuxième temps, la présence de distorsions cognitives chez les élèves anxieux de sixième année a été vérifiée, afin de voir si ces dernières sont associées aux groupes d'élèves anxieux ou anxieux-dépressifs en deuxième secondaire. L'analyse multivariée s'est avérée non significative [$F(3,49) = ,78, p > ,05$].

2.4 Discussion

2.4.1 Relation temporelle anxiété-dépression

Le premier objectif de cette étude était de mesurer la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression, à savoir si l'anxiété présente en sixième année augmente le risque de développer un trouble dépressif en deuxième secondaire. Les résultats des analyses partielles révèlent une différence entre les filles et les garçons sur la présence des deux troubles. En sixième année, les filles manifestent déjà plus d'anxiété que les garçons, alors qu'en deuxième secondaire, ces dernières sont, en plus, davantage dépressives. Comme plusieurs études l'ont démontré, les filles sont plus anxieuses et plus dépressives à cette période du développement en comparaison aux garçons. En accord avec les résultats d'Essau *et al.* (2000), une différence de genre dans la manifestation des troubles anxieux est plus marquée vers l'âge de 14 ans chez les filles. Ces dernières affirment vivre plus d'événements stressants au début de l'adolescence que les garçons ; elles ont une moins bonne estime d'elles-mêmes et rapportent plus de symptômes psychosomatiques (Albano *et al.*, 2003). L'appréciation plus négative des changements pubertaires chez les filles ainsi que leurs stratégies d'adaptation au stress, où elles

ruminent davantage leurs problèmes entre elles, seraient des hypothèses qui expliqueraient l'augmentation de la dépression chez les adolescentes (Hammen et Rudolph, 2003 ; Nolen-Hoeksema et Girgus, 1994).

Par contre, lorsque nous avons mesuré la présence d'un trouble anxieux en sixième année ainsi que la manifestation d'un trouble dépressif deux ans plus tard, en lien avec le sexe de l'élève, nos résultats témoignent d'une tendance plus importante chez les filles en comparaison des garçons. Tout en demeurant prudents, puisqu'il ne s'agissait que d'une tendance, nous avons constaté tout de même que le quart des filles anxieuses de sixième année ont développé un trouble dépressif en deuxième secondaire et par le fait même une concomitance, puisque ces dernières demeurent anxieuses. Ces résultats s'accordent avec ceux de l'étude de Chaplin et ses collègues (2009), dans laquelle la présence de symptômes anxieux au début de l'adolescence (11 à 14 ans) prédit la manifestation de symptômes dépressifs un an plus tard chez les filles et non chez les garçons.

De plus, l'étude de Keenan et ses collègues (2009) démontre que la présence de symptômes d'anxiété de séparation, de même que d'anxiété sociale, chez un échantillon de filles pré-adolescentes et adolescentes, prédit aussi le développement de symptômes dépressifs l'année suivante ou quelques années plus tard. Par contre, cette tendance est absente chez les garçons ; l'anxiété n'ayant pas d'influence sur la manifestation de la dépression deux ans plus tard ; les garçons anxieux ne sont pas plus à risque de développer un trouble dépressif que les non anxieux. Ces résultats vont à l'encontre de ceux de l'étude de Gallerani et ses collègues (2010). Ces chercheurs ont démontré que les garçons manifestant un trouble anxieux sous-clinique voyaient leur risque de développer un trouble dépressif sous-clinique augmenter d'une fois et demie, comparativement aux garçons sans anxiété sous-clinique. Pour les filles, qu'elles soient anxieuses ou non, leur risque de développer une dépression demeure inchangé. Cette étude a mesuré l'apparition d'un premier trouble entre l'âge de 12 et 18 ans, ce qui démontre une variance dans l'apparition du trouble, qui va bien au-delà de notre échantillon mesuré, soit les jeunes adolescents. De plus, les résultats significatifs concernaient la présence d'un trouble sous-clinique, alors que la présente étude mesurait un trouble se rapprochant du trouble clinique.

D'autres études seraient nécessaires pour explorer le rôle de l'anxiété chez les garçons et le développement ultérieur de problématiques autres que la dépression. Bien que les résultats de cette relation entre le sexe de l'élève, la présence d'anxiété et le développement de la dépression soient révélateurs d'une tendance, il est possible de croire que l'anxiété a un rôle différent selon le sexe de l'élève, dans sa relation à la dépression. L'une des propositions théoriques sur la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression suppose que la présence du premier trouble agit en tant que facteur de risque dans le développement du second. Certains chercheurs affirment que les conséquences de l'anxiété, notamment au sein des relations sociales et des conséquences sur le fonctionnement général, pourraient être un facteur dépressogène qui aurait pour conséquence d'augmenter le risque que se développe un trouble dépressif ultérieurement (Brady et Kendal, 1992 ; Seligman et Ollendick, 1998 ; Wittchen, Beesdo, Bittner et Goodwin, 2000). Nous savons que les filles accordent une importance plus grande à la qualité de leurs relations sociales, comparativement aux garçons. Conséquemment, un déficit observé sur le plan des relations sociales pourrait les mettre plus à risque de développer un trouble dépressif, ceci, du moins, au début de l'adolescence, dans le contexte stressant de la transition primaire-secondaire, où les réseaux d'amis font l'objet d'une réorganisation et constituent une source de stress important. Une autre hypothèse qui tient compte du contexte scolaire pourrait aussi être que les filles, étant reconnues comme accordant plus d'importance à leurs études et démontrant une plus grande motivation relativement à leur réussite (Freudenthaler, Spinath et Neubauer, 2008), pourrait peut-être expliquer que l'anxiété ressentie vulnérabilise davantage les filles relativement au développement d'une dépression ultérieure.

2.4.2 Distorsions cognitives et dépression

Les résultats de notre étude démontrent que les élèves anxieux de sixième année présentent plus de distorsions cognitives de réussite et de dépendance que les élèves non anxieux. Ils nous permettent de croire que les élèves anxieux présentent plus d'erreurs cognitives liées à la dépression, sans nécessairement manifester ce trouble. Dans un deuxième temps, seules les distorsions cognitives de dépendance distinguent les élèves

anxieux-dépressifs des élèves anxieux en deuxième secondaire. Ainsi, les élèves qui manifestent à la fois un trouble anxieux et dépressif se distinguent des élèves anxieux par des pensées telles que : « mon bonheur dépend plus des autres que de moi-même » et « il faut que je plaise à tous pour être heureux ». Les résultats de l'étude de Lévesque et Marcotte (2009) révèlent que les filles présentent plus ce type de distorsions de dépendance que les garçons. D'ailleurs, dans la présente étude, 75 % des élèves anxieux-dépressifs sont des filles. L'importance des relations sociales, notamment à l'adolescence, pourrait peut-être expliquer la présence de cette attitude chez l'adolescent, et plus particulièrement chez l'adolescente, qui craint de ne pas pouvoir contrôler seule les menaces futures éventuelles. Dans un tel contexte d'anxiété, le besoin de l'autre serait plus significatif, ce qui pourrait mener à un sentiment d'impuissance et plus explicitement à la dépression. Comme il a été mentionné antérieurement, des difficultés sur le plan social et ce, particulièrement chez les filles, en lien avec la présence d'anxiété, pourraient être dépressogènes et ainsi mener au développement de la dépression chez elles (Zahn-Waxler *et al.*, 2000). Par contre, sur le plan longitudinal, la présence de distorsions cognitives chez les élèves anxieux au temps 1 n'est pas associée au développement d'un trouble concomitant au temps 2. Une étude avec un plus grand nombre de participants serait nécessaire pour valider ce résultat, puisque sur le plan transversal, la présence de distorsions cognitives distingue les groupes d'élèves aux deux temps de mesure. Aucune étude à notre connaissance n'a mesuré la présence de ces variables précisément en lien avec le développement d'un trouble dépressif chez un groupe d'élèves anxieux au début de l'adolescence. Par contre, quelques études ont démontré que l'inquiétude et les ruminations étaient corrélées entre elles et se retrouvaient à la fois chez les adolescents anxieux et dépressifs (Muris *et al.*, 2004). Ainsi, d'autres études seraient nécessaires pour comprendre plus précisément le rôle des distorsions cognitives reliées au développement de la dépression chez les élèves anxieux. Notamment, il serait intéressant d'examiner si les filles vivent plus d'inquiétudes et ruminent davantage relativement à l'établissement d'un nouveau réseau de pairs lors du passage du primaire au secondaire.

2.5 Limites

Bien que cette étude ait utilisé une méthodologie rigoureuse, basée sur un devis longitudinal, qui permet de mieux comprendre la relation séquentielle entre l'anxiété et la dépression chez les adolescents, auprès d'un échantillon clinique, certaines limites s'imposent. L'échantillon de départ étant important, le contrôle de la dépression au temps 1 en réduit la taille. Un échantillon plus imposant serait nécessaire, afin de valider certains résultats qui révèlent une tendance ou qui s'avèrent non significatifs. La taille de l'échantillon étant restreinte, les troubles anxieux ont été regroupés en une seule variable. Il est donc impossible d'établir des séquences temporelles de concomitance pour chacun des troubles anxieux et la dépression. Ces séquences pourraient d'ailleurs être mesurées tout au long du secondaire, afin d'en voir l'évolution et même poursuivre au-delà du secondaire, pour vérifier la présence d'une telle concomitance chez de jeunes adultes, lors du passage au collégial. De plus, le *Dominique Interactif pour Adolescents* ne mesure pas la présence d'anxiété sociale au début de l'adolescence, dont la concomitance avec la dépression a été relevée par différentes études. Finalement, l'étude ne contrôle pas pour la présence d'autres problématiques pouvant être présentes en concomitance, comme le trouble des conduites ou le trouble déficitaire de l'attention.

Lors de recherches futures, la présence d'anxiété pourrait être mesurée avant la 6^e année, afin de comprendre si la relation entre les deux troubles s'installe plus tôt dans le développement et cela, en fonction de quels types de pensées. De plus, cette étude s'intéresse spécifiquement aux distorsions cognitives généralement associées à la dépression, mais il serait intéressant de valider la présence d'autres types de pensées chez les élèves anxieux, tels les biais d'interprétation ou les ruminations, qui sont aussi présentes chez les individus dépressifs (Daghighi *et al.*, 2003; Fresco, Frankel, Mennin, Turk, et Heimberg, 2002; Hankin, 2008) et de vérifier leur rôle dans le développement d'un trouble concomitant anxiété-dépression.

2.6 Conclusion

Les résultats de cette étude ont démontré qu'une tendance était observée entre la présence d'un trouble anxieux en sixième année et le développement d'un trouble dépressif en deuxième secondaire, et ce, chez les filles seulement. La présence d'anxiété n'augmente pas le risque qu'un trouble dépressif se développe chez les garçons. Ces résultats soulèvent l'importance de comprendre le rôle joué par l'anxiété chez les filles afin de pouvoir mieux intervenir lorsque ce trouble apparaît, dans le but de réduire les risques qu'une dépression apparaisse ultérieurement. Les résultats ont aussi démontré que les élèves anxieux de sixième année manifestent déjà certaines distorsions cognitives, associées à la dépression, soit les distorsions cognitives liées à la réussite et à la dépendance, alors que les élèves anxieux-dépressifs de deuxième secondaire se distinguent par la présence de distorsions cognitives de dépendance seulement. Ce type de pensée devrait être étudié davantage avec ces élèves anxieux afin de prévenir le développement d'une dépression.

Nos résultats ont démontré qu'il est important d'intervenir chez les élèves anxieux, de manière à prévenir le développement d'une dépression, et ce, plus spécifiquement chez les filles. L'intervention pourrait cibler le développement des modes de pensées plus adaptés, tel que les pensées plus positives tout en étant réalistes sur le monde, le futur et soi-même (Spence, 2008). La présence de distorsions cognitives reliées à la dépendance et à la réussite soulève l'importance d'aborder l'autoefficacité, l'estime de soi, ainsi que la résolution de problèmes, afin de favoriser chez l'élève une meilleure confiance en ses propres capacités tout en développant ses capacités d'adaptation scolaire et vis-à-vis différents stressseurs, notamment sur le plan des relations sociales.

RÉFÉRENCES

- Alloy, L.B., Whitehouse, W.G., Panzarella, C., Abramson, L.Y., Hogan, M.E., & Rose, D.T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(1), 145-156.
- Albano, A.M., Chorpita, B.F. & Barlow, D.H. (2003). Childhood anxiety disorders. Dans E.J. Mash & R.A. Barkley (dir.), *Child psychopathology* (2^e éd., p. 279-329). New-York : Guilford Press.
- Andover, M. S., Izzo, G. N. & Kelly, C. A. (2011). Comorbid and secondary depression. Dans D. McKay & E.A. Storch, *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders* (p. 135-153). New York: Springer.
- Angold, A., Costello, A.E. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(1), 57-87. DOI: 10.1111/1469-7610.00424
- Barber, B.K. & Olsen, J.A. (2004). Assessing the transitions to middle and high school. *Journal of Adolescent Research, 19* (1), 3-30. DOI: 10.1177/0743558403258113
- Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R. & Wittchen, H. U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 67*(1), 47. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2009.177.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. NY: Basic Book Inc., Publishers.
- Bergeron, L., Smolla, N., Valla, J. P., St-Georges, M., Berthiaume, C., Piché, G. & Barbe, C. (2010). Psychometric properties of a pictorial instrument for assessing psychopathology in youth aged 12 to 15 Years: The Dominic Interactive for Adolescents. *Canadian journal of Psychiatry, 55*(4), 211-221.
- Bergeron, L., Valla, J. P. & Gauthier, A. K. (2007). L'épidémiologie des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Dans L. Turgeon & P. L. Gendreau (dir.), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent* (p. 11-47). Marseille, France : Solal.
- Bittner, A., Goodwin, R.D., Wittchen, H.-U., Beesdo, K., Høffler, M., & Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 618-626.
- Bouvard, M. & Cottraux, J. (1998). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (3^e éd.). Paris: Masson.
- Bouvard, M., Dantzer, C. & Turgeon, L. (2007). L'évaluation des troubles anxieux chez les enfants. Dans L. Turgeon & P. Gendreau (dir.), *Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents*, (p.83-106). Marseille:Solal.
- Brady E.U. & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 111*, 244 -55. DOI : 10.1037/0033-2909.111.2.244
- Chaplin, T. M., Gillham, J. E. & Seligman, M. E. (2009). Gender, Anxiety, and Depressive Symptoms; A Longitudinal Study of Early Adolescents. *The Journal of Early Adolescence, 29*(2), 307-327. DOI: 10.1177/0272431608320125
- Costello, E. J., Foley, D. L. & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(1), 8-25. DOI: 10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f

- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844. DOI: 10.1001/archpsyc.60.8.837.
- Dumas, J.E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles: Éditions De Boeck.
- Dalgeish, T., Taghavi, R., Neshat-Doost, H., Moraldi, A., Canterbury, R. & Yule, W. (2003). Patterns of processing bias for emotional information across clinical disorders: A comparison of attention, memory, and prospective cognition in children and adolescents with depression, generalized anxiety, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 32(1), 10-21. DOI: 10.1207/S15374424JCCP3201_02
- Essau, C.A. (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety Disorders*, 18, 1-6. DOI: 10.1002/da.10107
- Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263-279. DOI : 10.1016/S0887-6185(99)00039-0
- Freudenthaler, H.H., Spinath, B. & Neubauer, A.C. (2008). Predicting school achievement in boys and girls. *European Journal of Personality*, 22,231-245.
- Gagné, M. É., Marcotte, D. & Fortin, L. (2011). L'impact de la dépression et de l'expérience scolaire sur le décrochage scolaire des adolescents. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 34(2), 77-92.
- Gallerani, C. M., Garber, J. & Martin, N. C. (2010). The temporal relation between depression and comorbid psychopathology in adolescents at varied risk for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 242-249. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02155.x
- Garber, J. & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17 (4), 293-306. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2010.01221.
- Gonzalez-Tejera, G., Canino, G., Ramirez, R., Chavez, L., Shrout, P., Bird, H., Bravo, M., Martinez-Taboas, A., Ribera, J. & Bauermeister, J. (2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 888-899. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2005.00370.x
- Hammen, C. & Rudolph, K.D. (2003). Childhood mood disorders. Dans B.A. Russell & E.J. Mash (dir.), *Child Psychopathology* (p.233-278). New York: Guilford Press.
- Hankin, B.L.(2008). Rumination and depression in adolescence: investigating symptom specificity in a multiwave prospective study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 37(4)701-713, DOI: 10.1080/15374410802359627
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N. & Haeffel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, 28(3), 309-345. DOI: 10.1023/B:COTR.0000031805.60529.0d
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R. & Angell, K.E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140. DOI: 10.1037/0021-843X.107.1.128

- Hardoon, K. & Derevensky, J.L. (2002). Test Review: The Dominic Interactive. *Canadian Journal of School Psychology*, 17(2), 69-74. DOI: 10.1177/082957350201700206
- Keenan, K., Feng, X., Hipwell, A. & Klostermann, S. (2009). Depression begets depression: comparing the predictive utility of depression and anxiety symptoms to later depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(9), 1167-1175. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02080.x
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105. DOI: 10.1001/jama.289.23.3095.
- Kessler, R. C. & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7(1), 3-14. DOI:10.1002/(SICI)1520-6394(1998)7:13.0.CO;2-F
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffit, T.E., Harrington, H.L., Milne, B.J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorders: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709-717. DOI: 10.1001/archpsyc.60.7.709.
- Klein, D. N., Shankman, S. A., Lewinsohn, P. M., Rohde, P. & Seeley, J. R. (2004). Family study of chronic depression in a community sample of young adults. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 646-653. DOI: 10.1017/S0033291703007487
- Lanson, A. & Marcotte, D. (2012). Relations entre les symptômes dépressifs, la perception du soutien social et les distorsions cognitives des adolescents dans le contexte de la transition primaire-secondaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(3), 231-243. DOI: 10.1037/a0025722
- Leitenberg, H., Yost, L.W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 528-536. DOI: 10.1037/0022-006X.54.4.528
- Lévesques, N. & Marcotte, D. (2009). Le modèle diathèse-stress de la dépression appliqué à une population d'adolescents. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 59(3), 177-185. DOI : 10.1016/j.erap.2009.03.003
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P. & Seeley, J.R. (1995). Adolescent psychopathology: III. The clinical conséquences of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 510-519. DOI: 10.1097/00004583-199504000-00018
- Marcotte, D. (2009). Les facteurs prédictifs de l'émergence du trouble dépressif pendant la transition primaire-secondaire. *Revue québécoise de psychologie*, 30(1), 37-56.
- Marcotte, G., Marcotte, D. & Bouffard, T. (2002). The influence of familial support and dysfunctional attitudes on depression and delinquency in an adolescent population. *European Journal of Education*, 17(4), 363-376. DOI: 10.1007/BF03173591
- Mathew, A. R., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. & Roberts, R. E. (2011). Co-morbidity between major depressive disorder and anxiety disorders: shared etiology or direct causation? *Psychological Medicine*, 41(10), 2023-2034. DOI: 10.1017/S0033291711000407

- Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Middeldorp, C. M., Cath, D. C., Van Dyck, R. & Boomsma, D. I. (2005). The comorbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology: A review of twin and family studies. *Psychological Medicine*, 35, 611-624. DOI: 10.1017/S003329170400412X
- Miles, H., MacLeod, A. K. & Pote, H. (2004). Retrospective and prospective cognitions in adolescents: anxiety, depression, and positive and negative affect. *Journal of Adolescence*, 27(6), 691-701. DOI: 10.1016/j.adolescence.2004.04.001
- Muris, P., Roelofs, J. & Meesters, C. (2004). Rumination and worry in nonclinical adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 539-554.
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424-443. DOI: 10.1037/0033-2909.115.3.424
- Ollendick, T.H., Shortt, A.L. & Sander, J.B. (2008). Internalizing disorders in children and adolescents. Dans J.E. Maddux & B. A. Winstead (dir.), *Psychopathology foundations for a contemporary understand*, (p. 375-399). New-York: Routledge.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A. & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222. DOI: 10.1037/0021-843X.100.2.214
- Seligman, L.D. & Ollendick, T.H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 125-143. DOI: 10.1023/A:1021887712873
- Smolla, N., Valla, J. P., Bergeron, L., Berthiaume, C. & St-Georges, M. (2004). Developement and reliability of a pictorial mental disorders screen for young adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(12), 828- 837.
- Spence, S.H. (2008). Integrating individual and whole school change approaches in the prevention of depression in children. Dans J.R.Z. Abela et B. L. Hankin (dir.) *Handbook of depression in children and adolescent* (pp.333-353), New York, NY: Guilford Press.
- Starr, L. R. & Davila, J. (2012). Responding to anxiety with rumination and hopelessness: mechanism of anxiety-depression symptom co-occurrence? *Cognitive Therapy and Research*, 36(4), 321-337. DOI 10.1007/s10608-011-9363-1
- Valla, J. P. (2000). Instruction manual for the Dominic Interactive. In: Dominic Interactive, CD-ROM, DIMAT, Montreal.
- Valla, J-P., Kovess, V., Chan Chee, C., Berthiaume, C., Vantalon, V., Gras-Vincendon, A., Martin, C. & Alles-Jardel, M. (2002). A French study of the Dominic Interactive. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 37, 441-448.
- Vasa, R.A. & Pine, D.S. (2006). Anxiety disorders. Dans C.A. Essau (dir.), *Child and adolescent psychopathology* (p. 78-109). New-York: Routledge.

- Ward, S., Sylva, J. & Gresham, F. M. (2010). School-based predictors of early adolescent depression. *School Mental Health*, 2(3), 125-131. DOI: 10.1007/s12310-010-9028-3
- Weissman, A. & Beck, A.T. (1978). *Développement et validation de l'échelle d'Attitude Dysfonctionnelle*. Congrès Annuel de l'Association pour l'Avancement de la Thérapie comportementale, Chicago.
- Witteborg, K. M., Lowe, P.A. & Lee, Steven W. (2009). Examination of the relationship among different dimensions of trait anxiety, demographic variables, and self-reported school adjustment in elementary and secondary school students. *Journal of Applied School Psychology*, 25(1), 28-46. DOI: 10.8101080/15377900802484141
- Wittchen, H-U., Beesdo, K., Bittner, A. & Goodwin, R.D. (2003). Depressive episodes-evidence for a causal role of primary anxiety disorders ? *European Psychiatry*, 18, 384-393. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2003.10.001
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., Höfler, M. & Lieb, R. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (s406), 14-23. DOI: 10.1111/j.0065-1591.2000.acp29-03.x
- Young, J. F., Mufson, L. & Davies, M. (2006). Impact of comorbid anxiety in an effectiveness study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(8), 904-912. DOI: 10.1097/01.chi.0000222791.23927.5f
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B. & Slattery, M.J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443-466. DOI:10.1017/S0954579400003102.

CHAPITRE III

DEUXIÈME ARTICLE: LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA CONCOMITANCE ENTRE L'ANXIÉTÉ ET LA DÉPRESSION CHEZ DE JEUNES ADOLESCENTS

Roxanne Richard et Diane Marcotte
Université du Québec à Montréal

Article publié dans
Revue canadienne de l'éducation (2015)
Vol.38 (2), p.1-23

RÉSUMÉ

Cette étude a pour but de mesurer différentes variables psychosociales pouvant être associées au développement d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression dans le contexte de la transition primaire-secondaire, à partir d'un échantillon de 146 élèves (moyenne de 11,22 ans). En 6^e année, les filles anxieuses ont un plus faible rendement scolaire que les filles non anxieuses, alors que l'anxiété n'affecte pas le rendement des garçons. En 2^e secondaire, les élèves du groupe anxieux-dépressif vivent plus de conflits familiaux que leurs pairs anxieux et perçoivent marginalement moins de soutien de leurs amis. Enfin, la présence de conflits familiaux chez les élèves anxieux de 6^e année, est marginalement associée au développement d'une concomitance en 2^e secondaire. Ces résultats soulèvent l'importance d'intervenir tôt auprès des élèves anxieux, avant que ne se développe un trouble concomitant.

Mots clés: comorbidité, anxiété, dépression, concomitance

ABSTRACT

This study's goal was to explore some psychosocial variables that might be involved in the development of a comorbidity between anxiety and depression in the context of high secondary school transition, from a sample of 146 students (average 11,22 years old). In Grade 6, anxious girls presented lower academic achievement than non-anxious girls, while anxiety did not affect boys' performance. In Grade 8, students from the concomitant group experienced more family conflicts than their anxious peers and received marginally less support from their friends. Finally, the presence of family conflicts in anxious Grade 6 students was marginally associated with the development of comorbidity in Grade 8. These findings raise the importance of offering early interventions with anxious students before the emergence of a concurrent depression disorder.

Keywords: comorbidity, anxiety, depression, adolescence

3.1 Introduction

Les troubles anxieux et dépressifs sont parmi les psychopathologies les plus souvent rencontrées chez les adolescents (Essau, 2003). De plus, il n'est pas rare qu'ils se manifestent chez la même personne au cours de la vie; il sera alors question de comorbidité. Par contre, lorsque cette comorbidité implique la présence simultanée des troubles, il est plutôt question de comorbidité concurrente ou de concomitance, comme dans le cas de cette présente étude (Angold, Costello et Erkanli, 1999).

Depuis les dernières années, plusieurs études se sont intéressées de façon isolée à ces deux problématiques à l'adolescence; de nombreuses données révèlent des facteurs uniques et communs associés à chacune d'entre elles, soit sur le plan personnel, social, scolaire ou familial (Beesdo, Knappe et Pine, 2009; Mathew, Pettit, Lewinsohn, Seeley et Roberts, 2011; Richard et Marcotte, 2009). Par exemple, chez les élèves dépressifs, des attitudes dysfonctionnelles sont observées lorsqu'une situation stressante se manifeste (Lewinsohn, Rohde et Joiner, 2001). Ces élèves peuvent aussi éprouver des difficultés sur le plan scolaire (Lewinsohn, Rohde et Seeley), ainsi qu'au sein de leurs relations sociales (Liu, 2002) et être plus à risque de décrocher de l'école (Gagné, Marcotte et Fortin, 2011). En ce qui concerne les élèves anxieux, un faible contrôle perçu face à certaines situations (Weems, Silverman, Rapee et Pina, 2003) ou l'interprétation négative des situations ambiguës sont souvent observés (Bögels et Zigterman, 2000).

L'environnement familial et le style parental ont aussi fait l'objet de nombreuses études en lien avec les troubles intériorisés (Graber et Sontag, 2009). Un milieu familial moins soutenant, caractérisé par un manque de cohésion, est souvent associé aux élèves dépressifs (Reinherz, Paradis, Giacona, Stashwick et Fitzmaurice, 2003), alors que le contrôle et la surprotection parentale caractérisent davantage les familles des adolescents anxieux (Borelli, Margolin et Rasmussen, 2014; Hudson, Comer et Kendall, 2008).

Par contre, lorsqu'il s'agit de comprendre le lien entre la présence simultanée de l'anxiété et de la dépression, à une période où les taux de prévalences de chacun des troubles sont élevés, l'influence de facteurs psychosociaux est très peu documentée (Andover, Izzo et Kelly, 2011; Costello, Egger, Copeland, Erkanli et Angold, 2011). Une étude réalisée

auprès d'un échantillon d'adultes canadiens s'est intéressée aux différents facteurs de risque uniques et communs entre chacun des troubles et la présence d'une concomitance. Le fait d'être âgé de 15 à 25 ans, de vivre plus de stress, de disposer d'un faible revenu et de manifester peu de satisfaction envers la vie augmente les risques de présenter un trouble anxieux et de l'humeur en concomitance (Meng, 2012). Wittchen et ses collègues (2000), ont réalisé une étude prospective et longitudinale pendant quatre années, auprès d'un échantillon d'adolescents et de jeunes adultes (14 à 24 ans). Certains facteurs de risque, tels le genre féminin, une faible scolarité, l'absence de relation intime significative, ainsi qu'un climat familial surprotecteur, entre autres, sont associés à l'apparition d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression

3.1.1 La concomitance

Le phénomène de concomitance implique la présence simultanée de deux troubles et s'observe entre différentes psychopathologies, bien qu'elle soit plus fréquente entre l'anxiété et la dépression (Costello, Foley et Angold, 2006). Elle se manifeste autant dans les échantillons populationnels que cliniques, chez l'enfant comme chez l'adulte, mais de façon encore plus importante chez l'adolescent (Essau, 2000). Une étude réalisée auprès de 5637 jeunes Canadiens (de 15 à 24 ans) démontre que 37 % des jeunes dépressifs présentent un trouble anxieux alors que 31 % des jeunes anxieux ont aussi un trouble dépressif (Nguyen, Fournier, Bergeron, Roberge et Barrette, 2005).

Bien que l'anxiété et la dépression soient des troubles entraînant des conséquences majeures sur le développement des jeunes, tant sur les plans personnels, social et familial que scolaire (Costello *et al.*, 2011; Essau, 2003), la présence d'une concomitance, témoigne de symptômes plus sévères et plus persistants (Andover *et al.*, 2011; De Graaf, Bijl, Spijker, Beekman et Vollebergh 2004), d'une idéation suicidaire plus importante (Foley *et al.*, 2006), d'un moins bon pronostic lors du traitement (Young, Mufson et Davies, 2006), d'un plus grand recours à la médication (Ezpeleta et Toro, 2009), d'un plus faible niveau de fonctionnement (de Graff *et al.*, 2004) ainsi que d'un risque accru de récurrence au sein du trouble dépressif (Hammen, Brennan, Keenan-Miller et Herr,

2008). Cette problématique représente un défi théorique, méthodologique et clinique important, puisqu'elle implique qu'un premier trouble peut avoir des conséquences sur l'incidence du second, tout en augmentant la sévérité des symptômes, influençant ainsi la réponse au traitement (Ollendick, Shortt et Snader 2008; Vasa et Pine, 2006).

3.1.2 Modèles explicatifs

Quelques hypothèses ont été émises dans le but d'expliquer la concomitance entre l'anxiété et la dépression, mais jusqu'à présent, la nature de cette relation n'est pas encore bien comprise (Andover *et al.*, 2011; Mathews *et al.* 2011). Deux modèles théoriques principaux ont fait l'objet de plusieurs études, pour tenter d'expliquer cette forte association, à la fois auprès d'adolescents et d'adultes (Avenevoli, Stolar, Li, Dierker et Merikangas, 2001; Mathews *et al.*, 2011; Olino, Klein, Lewinsohn, Rohde et Seeley, 2008; Schleider, Klause et Gilham, 2014; Wittchen, Beesdo, Bittner et Goodwin, 2003).

Dans un premier temps, le modèle causal, terme utilisé par les auteurs, implique que la présence d'anxiété agisse comme facteur de risque dans le développement de la dépression (Bittner *et al.*, 2004; Wittchen *et al.*, 2000). Une explication dite causale, selon ces auteurs, signifie qu'un trouble pourrait causer ou encore diminuer les seuils pour qu'un autre trouble se manifeste (Avenevoli *et al.*, 2001). L'autre modèle suppose que la présence de facteurs étiologiques communs aux deux troubles pourrait expliquer la cooccurrence de l'anxiété et de la dépression (Mathews *et al.*, 2011).

En ce qui concerne le premier modèle de type causal, plusieurs études démontrent que l'anxiété précède temporellement le développement de la dépression, bien que le contraire soit aussi observé (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler et Angold, 2003; Gallerani, Garber et Martin, 2010; Wittchen, Beesdo, Bittner et Goodwin, 2003). Quelques hypothèses ont été émises pouvant expliquer cette relation temporelle spécifique ; à savoir que le nombre de troubles anxieux présents, qu'une déficience importante sur le plan du fonctionnement, que la fréquence de l'évitement ainsi que la présence d'attaques de panique (Bittner *et al.*, 2004) pourraient expliquer ce lien entre les

deux troubles, lien qui reste à être exploré (Andover, Izzo et Kelly, 2011; Bittner, Goodwin, Wittchen, Beesdo, HOFFLER et Lieb, 2004).

Par ailleurs, certaines prédispositions communes aux deux problématiques ont été soulignées (Cerdeña, Garber et Weersing, 2010; Huppert, 2009), tels des facteurs génétiques et familiaux (McLeod, Wood et Weisz 2007; Rapee, 1997) ou encore des processus cognitifs et des biais négatifs (Ladouceur *et al.* 2005). Un des modèles théoriques les plus documentés en ce qui concerne la présence d'une vulnérabilité commune à l'anxiété et à la dépression est le modèle «tripartite» de Clark et Watson (1991). Ce dernier énonce qu'un affect général négatif serait présent autant chez les sujets anxieux que chez les sujets dépressifs, se traduisant par certains sentiments, dont la tristesse, la colère ou l'inquiétude. Par contre, un faible affect positif serait quant à lui associé à la dépression (perte d'intérêt ou de plaisir) tandis qu'une tension physiologique serait plus attribuable à l'anxiété.

Étonnamment, bien que la présence de facteurs communs aux deux troubles ait fait l'objet d'un certain nombre d'études, peu d'entre elles se sont intéressées aux facteurs mis en cause dans le développement d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression à l'adolescence. Dans le cadre de cette étude, trois variables importantes ont été retenues, lesquelles participent aux sphères sociale, familiale et scolaire du jeune adolescent. Des études démontrent qu'au début de l'adolescence, les conflits familiaux, le soutien des pairs ainsi que le rendement scolaire sont associés au développement de troubles intériorisés, dont la dépression et l'anxiété (Cantin et Boivin, 2004; Demaray et Malecki, 2002; Rueter, Scaramella, Wallace et Conger, 1999).

3.1.3 La présence de conflits familiaux

La qualité de l'environnement familial a été étudiée en lien avec la manifestation de symptômes intériorisés chez les jeunes (Graber et Sontag 2009). Par exemple, chez des jeunes âgés de 12 à 13 ans, la présence de conflits, mesurés en termes de mésentente entre les parents et l'adolescent, au sujet de la consommation de l'alcool, les tâches dans la maison ou encore les transports, prédit la manifestation de symptômes anxieux ou

dépressifs un an plus tard (Rueter *et al.*, 1999). Par contre, la mesure des symptômes manifestés ne tient pas compte du phénomène de la concomitance. Dans cette même étude, la manifestation de la dépression et non de l'anxiété, entre les temps 4 et 7, alors que les participants ont entre 16-17 ans et 20-21 ans, corrèle avec la présence de conflits familiaux au temps 1. Lorsqu'il s'agit de prédire l'apparition de l'anxiété ou de la dépression, les résultats démontrent que la présence de conflits entraîne le développement de symptômes intériorisés qui à leur tour, vont agir sur le risque de développer un trouble intériorisé ultérieurement.

Une étude réalisée auprès d'un échantillon clinique (4 à 18 ans), énonce que les jeunes anxieux qui ont aussi un trouble dépressif vivent un plus grand dysfonctionnement familial comparativement aux jeunes qui n'ont qu'un trouble anxieux (Guberman et Manassis, 2011). Cependant, l'étude de Lewinsohn et ses collègues (1995) ne démontrent pas de résultats concluants en ce qui concerne la présence plus significative de conflits familiaux chez des jeunes anxieux-dépressifs (14 à 18 ans), comparativement aux jeunes qui ne présentent qu'un seul des deux troubles.

3.1.4 Le soutien social des pairs

Bien que la qualité du milieu familial soit déterminante dans le développement et l'adaptation des adolescents, le soutien social, qu'il provienne des amis, des parents ou des enseignants, a fait l'objet de plusieurs études en lien avec la présence de troubles intériorisés (Graber, 2004). L'importance du réseau des pairs à l'adolescence a été démontrée à maintes reprises, de même que le soutien social perçu par ce réseau (Graber, 2004; Hall-Lande, Eisenberg, Christenson et Neumark-Sztainer, 2007). L'absence de soutien perçu des pairs corrèle avec les symptômes intériorisés (anxiété et dépression) chez des jeunes de la 6^e à la 8^e année (Demaray et Malecki, 2002). Une autre étude réalisée auprès de 246 élèves (6^e et 8^e année) démontre que l'absence de soutien mesurée de façon générale est reliée aux symptômes anxieux ou dépressifs chez les garçons, tandis qu'elle est liée aux symptômes dépressifs seulement chez les filles. Lorsque différentes sources de soutien sont mesurées indépendamment les unes des autres (parent,

enseignant, pairs et amis), seul le soutien des pairs est relié à la dépression sous-clinique chez les filles (Rueger, Malecki et Demaray, 2008).

Une des rares études sur la concomitance anxiété-dépression et la relation avec les pairs a été réalisée auprès de 329 jeunes (moyenne d'âge de 10,4 ans). Les élèves qui présentent un trouble anxieux et dépressif ont de moins bonnes relations avec leurs pairs, comparativement à ceux qui n'ont qu'un seul de ces troubles (Franco, Saavedra et Silverman, 2007).

3.1.5 L'adaptation scolaire

En plus des changements qui s'opèrent dans la quête d'autonomie de l'adolescent et le besoin d'affiliation sociale distincte à cette période du développement, les jeunes sont confrontés à un nouvel environnement scolaire, lors du passage du primaire au secondaire, ce qui peut générer un stress important chez certains d'entre eux (Roeser et Eccles, 2000). Une école plus imposante, le défi de se faire de nouveaux amis, ainsi qu'une nouvelle structure d'apprentissage, sont tous des facteurs qui peuvent agir sur l'adaptation scolaire des jeunes. Cette dernière peut entre autres se traduire par une baisse du rendement scolaire ou par une faible perception de leurs capacités à réussir (Cantin et Boivin, 2004).

Des études réalisées sur l'anxiété ou la dépression, en lien avec la présence de difficultés sur le plan scolaire, démontrent des résultats inconsistants. Par exemple, les symptômes dépressifs et anxieux sont associés à de faibles résultats scolaires chez des élèves québécois en 6^e année et en 2^e secondaire (Marcotte, Cournoyer, Gagné et Bélanger, 2005). Par contre, une autre étude réalisée auprès d'adolescents (14 à 16 ans) révèle que la présence de symptômes dépressifs et non anxieux, corrèle avec un rendement scolaire plus faible (Alva et de La Reyes, 1999).

Peu d'études à notre connaissance se sont intéressées aux variables scolaires associées à la concomitance entre l'anxiété et la dépression. L'étude de Franco et ses collègues (2007) démontre que les jeunes présentant une telle concomitance ont un rendement scolaire plus faible que les jeunes qui ne souffrent que d'un trouble anxieux.

3.1.6 Objectifs de l'étude

Cet article a pour but de mieux comprendre le développement d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression, en mesurant les effets de certaines variables psychosociales. Le premier objectif est de mesurer, à partir d'analyses de variance univariées, si le soutien perçu de la part des pairs, les conflits familiaux ainsi que le rendement scolaire, distinguent dans un premier temps, les élèves anxieux et non anxieux au temps 1 (6^e année) sur le plan transversal et, dans un deuxième temps, les élèves anxieux et anxieux-dépressifs du temps 2 (2^e secondaire). Ces analyses permettront de mieux comprendre ce qui différencie les différents groupes en 6^e année et en 2^e secondaire.

Le deuxième objectif a pour but de vérifier sur le plan longitudinal, à l'aide d'une analyse de variance univariée, si les élèves anxieux du temps 1, qui manifestent peu de soutien, qui vivent plus de conflits au sein de leur famille et qui ont un faible rendement scolaire, ont plus de possibilités d'être associés aux groupes d'élèves anxieux-dépressifs du temps 2. Cet objectif veut donc mesurer l'influence des différentes variables présentes chez les élèves anxieux du temps 1, sur le développement d'un trouble anxieux-dépressif au temps 2.

3.2 Méthode

3.2.1 Participants

Cette étude est réalisée auprès d'un échantillon de 146 élèves de 6^e année du primaire (62 filles et 84 garçons), dont la moyenne d'âge est de 11,22 ans ($ET=0,45$) en 2003, soit au temps 1 de l'étude. Les élèves sont issus de douze écoles publiques francophones québécoises et de milieux économiques variant de moyen à élevé. Ce sous-échantillon est constitué à partir d'un plus large échantillon (499 élèves) d'une étude longitudinale d'une durée de 9 ans (2003-2012). Au temps 2 de l'étude, soit à l'automne 2005, les élèves sont en 2^e secondaire (âge moyen = 13,39; $ET=0,51$).

Les élèves sont répartis dans quatre groupes, selon leurs résultats obtenus à l'entrevue du *Dominique Interactif pour Adolescents (DIA)*, lesquels seront discutés dans la section

Instruments. De cet échantillon, 19 sujets présentant un trouble dépressif ont été retirés des analyses. Au temps 1, les deux groupes sont les élèves anxieux (N=84, soit 41 garçons et 43 filles) et les élèves non anxieux (N=43, soit 35 garçons et 8 filles).

Au temps 2, les élèves sont répartis entre le groupe anxieux (N= 52: 23 garçons et 29 filles) et le groupe d'élèves anxieux-dépressifs (N=12: 3 garçons et 9 filles). Les participants qui ont obtenu un score au-delà du seuil de coupure au *DIA*, à l'échelle de la dépression et à l'une ou l'autre des échelles d'anxiété, forment les participants du groupe anxieux-dépressif. Il n'a pas été possible de former un groupe d'élèves dépressifs puisque seulement trois élèves présentaient un trouble dépressif pur au temps 2.

3.2.2 Procédures

Le consentement des parents et celui de l'élève ont été obtenus à chacun des temps de l'étude. À l'automne, les élèves ont été invités à participer à l'entrevue d'évaluation des troubles de santé mentale, alors que la mesure du soutien social et des variables familiales ont été administrées en groupe classe. Les résultats scolaires en français et en mathématiques ont été transmis à la fin de chaque année scolaire.

3.2.3 Instruments

Les troubles dépressifs et anxieux sont évalués à l'aide du *Dominique Interactif pour Adolescents* (Bergeron et al., 2010). Cette mesure autoévaluative sous forme d'entrevue informatisée avec pictogramme, est composée de huit sous-échelles représentant les troubles de santé mentale qui se manifestent chez les adolescents (Bouvard, Dantzer et Turgeon, 2007). Les symptômes mesurés s'approchent de très près d'une tendance diagnostique, puisqu'ils correspondent aux critères diagnostiques des troubles, selon le DSM-IV. La sous-échelle anxiété de séparation comporte six questions; l'anxiété généralisée, 16 et la phobie huit. En ce qui concerne la sous-échelle dépression, elle comporte 19 questions se rapportant aux critères du DSM-IV. Les réponses sont classées en trois catégories: 0 = ne présente probablement pas un problème, 1 = présente probablement un problème et 2 = a un problème. De ces catégories, deux seuils sont

établis pour chacune des sous-échelles mesurées; soit qu'une tendance vers un trouble de santé mentale selon le DSM-IV-TR est présente (cote de 1 ou 2) ou soit qu'une telle tendance est absente (cote de 0).

Une étude réalisée auprès de 607 adolescents de la région de Montréal âgés de 12 à 15 ans (Bergeron *et al.*, 2010), a évalué la solidité psychométrique du *DIA*. Pour la majorité des échelles, la consistance interne varie entre 0,69 et 0,89, alors que la fidélité test-retest, varie de 0,82 à 0,87. De plus, la validité a été jugée satisfaisante pour toutes les sous-échelles, hormis l'anxiété de séparation qui est jugée moins satisfaisante.

La perception du soutien social des pairs est mesurée par Le *Questionnaire du soutien social perçu par les amis (PSS-A ;* Procidano et Heller, 1983). Cette mesure a été traduite et validée auprès d'une population québécoise (Vézina, 1988). Elle permet de déterminer si ce soutien et l'information reçus du réseau social sont satisfaisants selon le répondant. Cette mesure comprend 20 énoncés, dont les réponses sont élaborées selon l'échelle de Likert en sept points, allant de «tout à fait vrai» à «tout à fait faux». Le coefficient de consistance interne est de 0,87.

L'environnement familial est mesuré par l'*Échelle de l'environnement familial* (Moos et Moos, 1981; version française de l'Équipe de recherche en intervention psychoéducative, 1989). Cette mesure autorapportée qui contient 90 énoncés permet d'identifier les caractéristiques familiales comme l'expression, les conflits, la cohésion, l'organisation et le contrôle de la cellule familiale. Seule la sous-échelle «conflits» sera utilisée dans cette étude. La consistance interne varie entre 0,64 et 0,70 (Moos, 1990) et la validité de l'instrument a été validée empiriquement (Moos et Moos, 1981). La structure familiale est recueillie par l'intermédiaire d'un questionnaire sur les données démographiques.

Le rendement scolaire est mesuré par la moyenne des deux résultats finaux obtenus en français et en mathématiques, à la fin de chaque année scolaire, soit en sixième année et en secondaire 2.

3.3 Résultats

Analyses préliminaires

Des groupes ont été formés aux deux temps de mesure, à partir des résultats obtenus au *DIA*, tout en contrôlant pour la dépression. Premièrement, les élèves qui ont obtenu la cote de 1 ou 2 à l'une ou l'autre des échelles d'anxiété (anxiété de séparation, anxiété généralisée, phobie), constituent le groupe des élèves anxieux ($N=84$), alors que ceux qui ont obtenu la cote de 0 correspondent aux élèves non anxieux ($N=43$). Deuxièmement, au temps 2, les groupes sont les élèves anxieux ($N= 52$) et les élèves anxieux-dépressifs ($N=12$). Les participants qui ont obtenu un score au-delà du score de coupure déterminé à l'échelle de la dépression et à l'une ou l'autre des échelles d'anxiété, forment les participants du groupe anxieux-dépressifs. Il n'a pas été possible de former un groupe d'élèves dépressifs puisque seulement trois élèves présentaient un trouble dépressif pur au temps 2.

Avant de procéder aux analyses, une seule variable d'anxiété a été créée, par l'addition des scores de ces trois sous-échelles, puisque la corrélation entre les trois troubles anxieux mesurés variait de 0,34 à 0,62. Afin de répondre à l'objectif 1, des analyses de variance univariées sont effectuées au temps 1, soit en 6^e année, pour chacune des variables. La présence de dépression est contrôlée pour toutes ces analyses.

Le premier objectif de cette étude est de comparer les groupes anxieux et non anxieux en 6^e année, ainsi que les groupes anxieux et anxieux-dépressifs en 2^e secondaire, par rapport à différentes variables psychosociales, soit le soutien des pairs, les conflits familiaux et le rendement scolaire en mathématiques et en français.

Tout d'abord, aucun effet principal du groupe ne s'est révélé significatif pour chacune des variables. Par contre, un effet d'interaction entre le groupe et le sexe démontre une tendance pour la variable rendement scolaire [$F(1,121)= 3,11$, $p= ,08$, $\eta^2 = 0,03$]. À cet effet, les filles anxieuses ($M= 3,86$, $ét= 1,24$) ont un rendement scolaire plus faible que les filles non anxieuses ($M= 4,78$, $ét= 1,17$). Par contre, chez les garçons, la différence

entre les moyennes des deux groupes n'est pas significative ($M= 3,56$, $ét= 1,09$ et $M= 3,51$, $ét= 1,09$).

Des effets principaux de la variable sexe se sont révélés significatifs en ce qui concerne le rendement scolaire [$F(1, 121) = 8,03$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,06$] et le soutien des pairs [$F(1, 120) = 5,41$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,04$]. Les filles obtiennent un meilleur rendement ($M= 4,00$, $ét= 1,27$) que les garçons ($M=3,54$, $ét= 1,19$) et elles perçoivent plus de soutien des pairs ($M= 1,30$, $ét=0,11$) que ces derniers ($M= 1,24$, $ét= 0,12$).

Dans un deuxième temps, des analyses de variance univariées ont été effectuées pour comparer les moyennes des groupes anxieux et anxieux-dépressifs du temps 2. Un premier effet principal du groupe se révèle significatif pour la variable conflits familiaux $F[(1,59)= 11,82$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,17$]. Les élèves du groupe anxieux-dépressif ($M= 2,35$, $ét= 0,73$) perçoivent plus de conflits dans leur famille que les élèves du groupe anxieux ($M= 1,77$, $ét= 0,54$). Un deuxième effet se révèle marginalement significatif cette fois, pour la variable soutien des pairs [$F(1,59)= 3,80$, $p= 0,056$, $\eta^2 = 0,06$]; marginalement signifiant que l'effet observé est légèrement en deçà du seuil de signification théorique accepté de 0,05. Il appert que les élèves du groupe anxieux-dépressifs perçoivent moins de soutien des pairs ($M= 1,28$, $ét= 0,14$) que les élèves du groupe anxieux ($M= 1,32$, $ét= 0,12$). Aucun effet n'est observé sur le plan du rendement scolaire [$F(1,58)= 1,89$, $p > 0,05$].

Des effets principaux de la variable sexe se révèlent significatifs sur le plan du soutien des pairs [$F(1,59)= 1,34$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,15$] et du rendement scolaire [$F(1,58)= 3,96$, $p = 0,05$, $\eta^2 = 0,06$]. Ainsi, de nouveau, les filles ($M= 1,34$, $ét= 0,11$) perçoivent plus de soutien que les garçons ($M= 1,26$, $ét= 0,14$) et ont un meilleur rendement ($M= 3,53$, $ét= 1,32$ et $M= 2,95$, $ét= 1,11$).

Le deuxième objectif a pour but d'évaluer quelles sont, chez le groupe d'élèves anxieux du temps 1, les variables présentes qui seront associées au groupe d'élèves anxieux-dépressifs du temps 2. Pour ce faire, trois analyses de variance univariées ont été effectuées. La présence de conflit chez les élèves anxieux du temps 1 et l'appartenance au

groupe d'élèves anxieux-dépressifs du temps 2 est marginalement significative [$F(1,50) = 3,82$, $p = 0,056$, $\eta^2 = 0,07$]. Les élèves du groupe anxieux-dépressif ($M = 2,29$, $\text{ét.} = 0,57$) vivent plus de conflits familiaux que les élèves du groupe anxieux ($M = 1,87$, $\text{ét.} = 0,55$). Aucun effet principal du groupe ne s'est avéré significatif pour la variable rendement scolaire [$F(1,50) = 0,21$, $p > 0,05$] ni pour le soutien des pairs [$F(1,49) = 0,13$, $p > 0,05$]. De plus, aucun effet d'interaction ou de la variable sexe n'a été observé.

Pour les différentes analyses qui se révèlent être marginalement significatives, des tailles d'effet variant autour de 0,50 sont observées.

3.4 Discussion

Cette étude avait pour but premier de mieux comprendre la présence d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression, à savoir quelles variables associées aux élèves anxieux de sixième année favoriseraient le développement d'un trouble dépressif et anxieux en deuxième secondaire. Pour répondre au premier objectif, nous avons d'abord mesuré la présence de conflits familiaux, le soutien des pairs, ainsi que le rendement scolaire, chez les élèves anxieux et sans trouble, au temps 1, soit en sixième année, ainsi qu'au temps 2, soit en deuxième secondaire chez les élèves anxieux et chez les anxieux-dépressifs, afin de voir s'il y avait une distinction entre ces différents groupes.

Les résultats démontrent que les filles ont un meilleur rendement scolaire que les garçons, mais que leur rendement est marginalement affecté lorsqu'elles sont anxieuses, tandis que la présence d'anxiété n'affecte pas le rendement des garçons. De nombreuses études ont démontré que, de façon générale, les filles avaient tendance à obtenir de meilleurs résultats scolaires que les garçons (Freudenthaler, Spinath et Neubauer, 2008; Van Houtte, 2004); leur motivation, la valeur qu'elles accordent à la réussite ou encore les attentes culturelles, sont parmi les hypothèses émises pouvant expliquer cette différence. Par contre, lorsqu'elles deviennent trop anxieuses, elles auraient plus de difficulté à se concentrer lors des apprentissages. Les résultats d'une étude réalisée auprès d'élèves âgés de 11 à 16 ans ont démontré que l'anxiété mesurée face aux mathématiques prédit le

résultat scolaire des filles et non celui des garçons (Devine Fawcett, Szűcs et Dowker 2012).

Une hypothèse qui appuie l'association entre l'anxiété et un faible rendement scolaire est que ce trouble engendre des distorsions cognitives en lien avec l'anticipation de menaces éventuelles et la peur de ne pas avoir les habiletés pour les affronter, entravent les facultés de l'élève à se concentrer sur sa tâche scolaire (Wood, 2006). D'autres études ont démontré un lien entre la confiance en soi envers la réussite et les résultats scolaires réels obtenus (Juang et Silbereisen, 2002). Considérant cette hypothèse, nous savons que les filles ont tendance à sous-estimer leur rendement scolaire, alors que les garçons ont plutôt tendance à le surestimer (Cole, Martin, Peeke Seroczynski et Fier, 1999). Si les filles anxieuses manifestent certaines croyances erronées en lien avec leur capacité de réussir, elles verront leurs résultats scolaires diminuer davantage, car elles auront moins confiance en leurs capacités et, ce faisant, leur motivation et leur capacité réelle à résoudre les tâches scolaires pourraient être affectées. De plus, bien qu'un faible niveau d'anxiété peut augmenter la motivation et par le fait même le rendement, la présence significative des symptômes d'anxiété semble affecter négativement le rendement scolaire (Mazzone *et al.*, 2007).

Cette étude a aussi démontré que les élèves du groupe d'élèves anxieux-dépressifs de deuxième secondaire démontraient un soutien social plus faible ainsi que plus de conflits familiaux, comparativement aux élèves qui ne manifestent qu'un trouble anxieux. Ces résultats pourraient suggérer que ces deux variables sont plus étroitement associées à la dépression qu'à l'anxiété. D'ailleurs, l'étude de Lewinsohn et ses collègues (1995) a démontré que les adolescents qui manifestent à la fois un trouble anxieux et dépressif, ne vivent pas plus de conflits au sein de leur famille, que ceux qui ne présentent qu'une dépression. La présence d'anxiété dans ce cas-ci, n'augmente donc pas les problèmes d'adaptation des jeunes. Par contre, lorsque la dépression est présente, ces jeunes sont plus vulnérables aux conséquences négatives qui affectent leur fonctionnement. Leur attitude pessimiste et leur vision négative de soi et des autres teintent leurs relations avec autrui en les isolant davantage.

Le deuxième objectif était de vérifier si les élèves anxieux de sixième année qui présentent plus de conflits, ont un faible rendement scolaire et un faible soutien des pairs allaient être associés au groupe d'élèves anxieux-dépressifs lorsqu'ils seront en 2^e secondaire. Nos résultats révèlent que seule la présence de conflits chez les élèves anxieux est associée au groupe d'élèves qui présente une concomitance anxiété-dépression. Les études démontrent que la présence de conflits familiaux est parfois présente chez les élèves anxieux, mais ce facteur semble plus significatif chez les sujets présentant un trouble dépressif (Vulic-Prtoric et Macuka, 2006). Nous pourrions donc émettre l'hypothèse à partir de nos résultats, que la présence d'une telle variable chez des élèves qui ont déjà un trouble anxieux, augmente la possibilité de développer ultérieurement un trouble dépressif. L'inquiétude ressentie quant aux événements futurs et aux menaces anticipées, ainsi que la perception d'une incapacité à faire face à ces derniers, amène peut-être ces jeunes à rechercher plus de réassurance et de sécurité auprès de leur famille, qui demeure une source de soutien importante, bien que le rôle des pairs devient plus significatif à cette période du développement. (Hall-Lande *et al.*, 2007; Wentzel et McNamara, 1999). De plus, le milieu familial des jeunes anxieux est souvent caractérisé par le contrôle ou la surprotection, ce qui peut influencer le développement de l'autonomie. La présence de conflits familiaux agirait sur le développement des symptômes anxieux, qui eux, augmenteraient la possibilité que ne se développe un trouble dépressif ultérieurement (Rueter, 1999). La présence de conflits, privant les jeunes anxieux d'un soutien familial important, augmenterait donc la dépression. Ces élèves s'isoleraient peut-être davantage et se sentiraient plus impuissants, découragés, ce qui pourrait les vulnérabiliser davantage devant une dépression ultérieure.

3.5 Conclusion

Les résultats de cette étude démontrent dans un premier temps, que l'anxiété semble influencer les résultats scolaires des filles et non ceux des garçons puisque ces derniers obtiennent des résultats similaires, que l'anxiété soit présente ou non. Ce résultat soulève un questionnement quant à l'adaptation scolaire des filles anxieuses au début du secondaire. Le rôle des différents facteurs de stress liés à l'anxiété pourrait faire l'objet

d'une étude ultérieure afin de comprendre le processus qui relie l'anxiété aux facteurs d'adaptation scolaire chez les filles, comparativement aux garçons. De plus, en sixième année, nous observons que les filles perçoivent plus de soutien de leurs pairs. Sachant que le soutien des pairs peut aider les filles à s'adapter à différents facteurs de stress, des interventions pouvant maintenir ou augmenter ce soutien pourraient être davantage mises de l'avant avec celles-ci.

Dans un deuxième temps, les résultats révèlent que le groupe d'élèves anxieux-dépressifs présente plus de difficultés que les élèves du groupe anxieux. La présence de conflits familiaux et la perception d'un faible soutien social les distinguent. Nous pourrions émettre l'hypothèse que ces difficultés semblent plus liées à la dépression qu'à l'anxiété et que ces élèves devraient bénéficier davantage d'interventions adaptées à leurs difficultés relationnelles. Un soutien extérieur favorisant de meilleures relations pourrait leur être bénéfique, afin d'augmenter les bienfaits de relations significatives et satisfaisantes.

Finalement, les résultats démontrent que chez les élèves anxieux de 6^e année, les conflits familiaux augmentent les possibilités qu'un trouble concomitant se développe. Encore une fois, ces élèves qui font face à ce facteur de stress familial, qui doutent de leur capacité à affronter les menaces futures, se sentent privés d'une aide, d'un soutien extérieur important, pour les aider à affronter différentes menaces perçues. Les filles sont plus vulnérables à la dépression en l'absence d'un soutien protecteur.

Cette étude appuie l'existence de facteurs pouvant augmenter la vulnérabilité des élèves anxieux vis-à-vis la dépression et ce, sur le plan longitudinal, ce qui a été très peu documenté à ce jour dans les écrits scientifiques. Lors de recherches futures, d'autres variables psychosociales mériteraient d'être explorées en lien avec le développement d'une concomitance entre les deux problématiques de santé mentale chez les jeunes. Par exemple, il serait intéressant de mesurer l'estime de soi à un moment où les jeunes sont plus vulnérables, de même que le soutien perçu la fois des parents et de l'enseignant, puisque les variables relationnelles semblent jouer un rôle important dans le développement de cette séquence. Le soutien à la fois de l'enseignant et des parents

pourrait être mesuré puisque son influence sur la dépression a été démontrée (Lanson et Marcotte, 2012; Marcotte, Marcotte et Bouffard, 2002).

L'ensemble des résultats, parallèlement à la littérature scientifique existante soulève l'importance d'intervenir auprès des élèves anxieux dès la fin du primaire, afin de les outiller davantage lors de leur passage au secondaire. L'intervention offerte aux élèves pourrait cibler davantage les habiletés relationnelles, la communication, l'expression des émotions et le développement de différentes habiletés d'adaptation, tout en favorisant le maintien de saines relations sociales positives.

3.6 Limites

Cette étude a eu recours à une méthodologie rigoureuse, mais certaines limites s'imposent. Puisque l'étude portait sur la concomitance, la dépression a été contrôlée au temps 1, ce qui a réduit la taille de l'échantillon. L'utilisation du *Dominique Interactif pour Adolescents*, qui est sous forme d'entrevue autoévaluative est l'une des forces de cette étude, puisqu'il propose une tendance diagnostique. Par contre cela a aussi pour effet de réduire la taille de l'échantillon, puisque seuls les participants se situant au-delà des seuils déterminés sont retenus. De plus, cet outil d'évaluation ne mesure pas la présence d'anxiété sociale, qui est un trouble qui se présente souvent au début de l'adolescence et qui s'observe parfois en concomitance avec la dépression.

Un échantillon plus imposant serait donc nécessaire afin de valider les résultats qui sont marginalement significatifs. Un tel échantillon permettrait d'optimiser la puissance statistique. Finalement, la présence d'autres troubles tels les troubles de comportement ou le trouble déficitaire d'attention n'a pas été contrôlée dans cette étude.

RÉFÉRENCES

- Alva, S. A., & de Los Reyes, R. (1999). Psychosocial stress, internalized symptoms, and the academic achievement of Hispanic adolescents. *Journal of Adolescent Research, 14*(3), 343-358. DOI: 10.1177/0743558499143004.
- Andover, M. S., Izzo, G. N., & Kelly, C. A. (2011). Comorbid and secondary depression. Dans D. McKay, D & E.A.Storch (dir.), *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders* (pp. 135-153). New York, Springer:DOI: 10.1007/978-1-4419-7784-710.
- Angold, A., Costello, A.E., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 40* (1), 57-87. DOI:10.1111/1469-7610.00424.
- Avenevoli S, Stolar M, Li, J., Dierker, L & Merikangas, K.R. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry, 49*, 1071-1081. Récupéré de : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322301011428>
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety, 14*(2), 67-78. DOI:10.1002/da.1048.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric Clinics of North America, 32*(3), 483. DOI: 10.1016/j.psc.2009.06.002
- Bergeron, L., Smolla, N., Valla, J. P., St-Georges, M., Berthiaume, C., Piché, G., & Barbe, C. (2010). Psychometric properties of a pictorial instrument for assessing psychopathology in youth aged 12 to 15 years: The Dominic Interactive for Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(4), 211-221. Récupéré de:<http://europepmc.org/abstract/MED/20416144/reload=0;jsessionid=WzTee8iurY8gdROwEo3F.24>
- Bittner, A., Goodwin, R.D., Wittchen, H.-U., Beesdo, K.,Hoffler, M., & Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 618-626. DOI: 10.4088/JCP.v65n0505.
- Bögels, S. M., & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*(2), 205-211. DOI:10.1023/A:1005179032470.
- Borelli, J.L., Margolin, G., Rasmussen, H.F. (2014). Parental overcontrol as a mechanism explaining the longitudinal association between parent and child anxiety. *Journal of Child and Family Studies, 1*-16.
- Bouvard, M., Dantzer, C., & Turgeon, L. (2007). L'évaluation des troubles anxieux chez les enfants. Dans L. Turgeon & P. Gendreau (dir.). *Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents*, (p. 83-106). Marseille : Solal.
- Cantin, S., & Boivin, M. (2004). Change and stability in children's social network and self-perceptions during transition from elementary to junior high school. *International Journal of Behavioral Development, 28*(6), 561-570. DOI :10.1080/01650250444000289.

- Cerda, M., Sagdeo, A., Johnson, J., & Galea, S. (2010). Genetic and environmental influences on psychiatric comorbidity: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 126(1), 14-38. DOI: 10.1016/j.jad.2009.11.006.
- Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy*, 29, 457-476. DOI: 10.1016/S0005-7894(98)80043-9.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression. Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336. DOI:10.1037/0021-843X.100.3.316.
- Cole, D. A., Martin, J. M., Peeke, L. A., Seroczynski, A. D., & Fier, J. (1999). Children's over- and underestimation of academic competence: A longitudinal study of gender differences, depression, and anxiety. *Child Development*, 70(2), 459-473. DOI:10.1037/0021-843X.100.3.316.
- Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A., & Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and adolescents: Research, assessment and intervention. Dans W.K Silverman & A.P. Field (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp.56-75). Cambridge, R-U: Cambridge University Press. DOI:10.1016/j.chc.2005.06.003
- Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(1), 8-25. DOI:10.1097/01.chi.0000184929.41423.c0.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844. DOI: 10.1001/archpsyc.60.8.837.
- De Graaf, R., Bijl, R. V., Spijker, J., Beekman, A. T. F., & Vollebergh, W. A. M. (2003). Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(1), 1-11. DOI:10.1007/s00127-003-0597-4.
- Demaray, M.K. & Malecki, C.K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for student at risk. *Psychology in the Schools*, 39(2), 304-316. DOI:10.1521/scpq.17.3.213.20883.
- Devine, A., Fawcett, K., Szűcs, D., & Dowker, A. (2012). Gender differences in mathematics anxiety and the relation to mathematics performance while controlling for test anxiety. *Behavioral and Brain Functions*, 8(1), 33. DOI: 10.1186/1744-9081-8-33.
- Essau, C.A. (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety Disorders*, 18, 1-6. DOI:10.1002/da.10107.
- Essau, C.A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263-279. DOI: 10.1016/S0887-6185(99)00039-0.
- Ezpeleta, L., & Toro, J. (2009). Associations among anxiety disorders and non-anxiety disorders, functional impairment and medication in children and adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 168-177. DOI: 10.1007/s10862-008-9109-x. Récupéré de:

- Foley, D. L., Goldston, D. B., Costello, E. J., & Angold, A. (2006). Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: The Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*, 63(9), 1017. DOI:10.1037/a0014732.
- Freudenthaler, H.H., Spinath, B., & Neubauer, A.C. (2008). Predicting school achievement in boys and girls. *European Journal of Personality*, 22,231-245. DOI: 10.1002/per.678.
- Franco, X., Saavedra, L. M., & Silverman, W. K. (2007). External validation of comorbid patterns of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(5), 717-729. DOI : 10.1016/j.janxdis.2006.10.002.
- Gagné, M-È., Marcotte, D., & Fortin, L. (2011). L'impact de la dépression et de l'expérience scolaire sur le décrochage scolaire des adolescents. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 34(2), 77-92. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=03802361&AN=67026469&h=7ue0wFOEq8zUlmvneNY2t6ErxnktqzkldTzNWsaiHvnsM25tslNEFzqcPF2LJRxnN8HaOAaoM%2BeResTRGfj1Q%3D%3D&crl=c>
- Gallerani, C. M., Garber, J., & Martin, N. C. (2010). The temporal relation between depression and comorbid psychopathology in adolescents at varied risk for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 242-249. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02155.x.
- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 293-306. Doi: 10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x.
- Graber, J.A. (2004). Internalizing problems during adolescence. Dans R.M. Lerner et L. Steinberg (dir). *Handbook of adolescent psychology* (2^e édition), (p.587-626). New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
- Graber, J. A. (2004). Internalizing problems during adolescence. Dans R. M. Lerner et L. Steinberg (Éds.), *Handbook of adolescent psychology* (2e édition), (pp. 587-626). Hoboken, NJ : John Wiley and Sons.
- Graber, J.A. & Sontag, L.M. (2009). Internalizing problems during adolescence. Dans Lerner, R.M., & L. Steinberg, L. (dir.). *Handbook of adolescent psychology*, volume 1, *Individual bases of adolescent development*, (p.642-682). Hoboken, N.J: John Wiley & Sons.
- Guberman, C., & Manassis, K. (2011). Symptomatology and family functioning in children and adolescents with comorbid anxiety and depression. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(3), 186. Récupéré de : <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1992-19996-001>
- Hall-Lande, J. A., Eisenberg, M.E., Christenson, S.L., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. *Adolescence*, 42(166), 265-286. Récupéré de : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=00018449&AN=26159861&h=M0aQVhqqgOf47XA1TqEpSWFUsVtK4Uvx3izbyIj8ErmNebbqMVx9FqgKkDasQIE5%2FhNVTC4t%2Bzm046aC3thbbQ%3D%3D&crl=c>
- Hammen, C., Brennan, P. A., Keenan-Miller, D., & Herr, N. R. (2008). Early onset recurrent subtype of adolescent depression: Clinical and psychosocial

- correlates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 433-440. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01850.
- Hardoon, K., & Derevensky, J.L. (2002). Test Review: The Dominic Interactive. *Canadian Journal of School Psychology*, 17(2), 69-74. DOI:10.1177/082957350201700206.
- Hudson, J.L., Comer, J.S. & Kendall, P.C. (2008). Parental responses to positive and negative emotions in anxious and non anxious children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 303-313. Doi: 10.1080/15374410801955839
- Huppert, J. D. (2009). Anxiety disorders and depression comorbidity. Dans M. M Antony & M. B. Stein (dir.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. (pp.586-596). Oxford: Oxford University Press.
- Juang, L.P., & Silbereisen, R.K. (2002). The relationship between adolescent academic capability beliefs, parenting and school grades. *Journal of Adolescence*, 25, 3-18. DOI: 10.1006/jado.2001.0445.
- Ladouceur, C. D., Dahl, R. E., Williamson, D. E., Birmaher, B., Ryan, N. D., & Casey, B. J. (2005). Altered emotional processing in pediatric anxiety, depression, and comorbid anxiety-depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 165-177. DOI: 10.1007/s10802-005-1825-z.
- Lewinsohn, P. M., Joiner Jr, T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 203-215. DOI: 10.1037//0021-843X.110.2.203.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1995). Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 510-519. DOI: 10.1097/00004583-199504000-00018.
- Liu, Y-A., (2002) The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting Taiwanese adolescents depressive tendency. *Adolescence*, 37(48), 823-834 . Récupéré de: <http://europemc.org/abstract/MED/12564832>
- Marcotte, D. (2013). *La dépression chez les adolescents*. Québec, QC.: Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Cournoyer, M., Gagné, M-È., & Bélanger, M. (2005). Comparaison des facteurs personnels, scolaires et familiaux associés aux troubles intériorisés à la fin du primaire et au début du secondaire. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 57-67.
- Mathew, A. R., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Roberts, R. E. (2011). Co-morbidity between major depressive disorder and anxiety disorders: Shared etiology or direct causation? *Psychological Medicine*, 41(10), 2023-2034. DOI: 10.1017/S0033291711000407.
- Mazzone, L., Ducci, F., Scoto, M.C., Passaniti, E., Genitori D'Arrigo, V., & Vitiello, B. (2007). The role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents. *BioMedCentral Public Health*, 7, 347. DOI:10.1186/1471-2458-7-347
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27 (2), 155-172. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.09.002.

- Meng, X., & D'Arcy, C. (2012). Common and unique risk factors and comorbidity for 12 month mood and anxiety disorders among Canadians. *Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, 57(8), 479-487.
- Moos, R.H. (1990). Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedures: Resolving the case of the family environment scale. *Family Process*, 29, 199-208.
- Moos, R.H., & Moos, B.A. (1981). *Manual for the family environment scale*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Nguyen, C.T., Fournier, L., Bergeron, L., Roberge, P., & Barrette, G. (2005). Correlates of depressive and anxiety disorders among young Canadians. *Canadian Journal of Psychiatry/ La Revue canadienne de psychiatrie*, 50(10), 620-628. Récupéré de: <http://europemc.org/abstract/MED/16276853>
- Olino, T.M., Klein, D.N., Lewinsohn, P.M., Rhode, P., & Seeley, J.R. (2008). Longitudinal associations between depressive and anxiety disorders: A comparison of two trait models. *Psychological Medicine*, 38 (3), 353.-363. doi:10.1017/S0033291707001341.
- Ollendick, T.H., Shortt, A.L. & Sander, J.B. (2008). Internalizing disorders in children and adolescents. Dans J.E. Maddux & B. A. Winstead (dir.), *Psychopathology foundations for a contemporary understand* (pp. 375-399). New-York: Routledge.
- Olino, T. M., Klein, D. N., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (2008). Longitudinal associations between depressive and anxiety disorders: a comparison of two trait models. *Psychological Medicine*, 38(3), 353. DOI: 10.1017/S0033291707001341.
- Procidano, M.E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family : Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11 (1), 1-24. DOI: 10.1007/BF00898416.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 47-67. DOI: 10.1016/S0272-7358(96)00040-2.
- Reinherz, H. Z., Paradis, A., Giacona, R. M., Stashwick, C. K., & Fitzmaurice, G. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *American Journal of Psychiatry* 160(12), 2141-2147. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.12.2141.
- Richard, R., & Marcotte, D. (2009). Anxiété et dépression chez les adolescents : similitudes et différences dans les facteurs associés. *Revue québécoise de psychologie*, 30(1), 57-80.
- Roeser, R.W., & Eccles, J.S. (2000). Schooling and mental health. Dans A.J. Sameroff, M. Lewis & S.M. Miller (dir.), *Handbook of developmental psychopathology*, 2^e édition (pp.135-156). New York, NY; Academic/Plenum Publishers. DOI: 10.1007/978-1-4615-4163-9_8
- Rueger, S.Y., Malecki, C.K., & Demeray, M.K. (2008). Gender differences in the relationship between perceived social support and student adjustment during early adolescence. *School Psychology Quarterly*, 23(4), 496-514. DOI: 10.1037/1045-3830.23.4.496.
- Rueter, M.A., Scaramella, L., Wallace, L.E., & Conger, R.D. (1999). First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the behavioural course of

- internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements. *Archive of General Psychiatry*, 56, 726-732. DOI 10.1001/archpsyc.56.8.726.
- Schleider, J.L., Klause, E.D. & Gilham, J.E. (2014). Sequential comorbidity of anxiety and depression in youth: Present knowledge and future direction. *Current Psychiatry Reviews* 10(1), 75-87.
- Shanahan, L., Copeland, W., Costello, J. E., & Angold, A. (2008). Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 34-42. DOI :10.1111/j.1469-7610.2007.01822.x.
- Van Houtte, M. (2004). Why boys achieve less at school than girls: The differences between boys' and girls' academic culture. *Educational Studies*, 30, 159-173. DOI: 10.1080/0305569032000159804.
- Vasa, R.A., & Pine, D.S. (2006). Anxiety disorders. Dans C.A. Essau (dir.), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 78-109). New-York: Routledge.
- Vézina, A. (1988). *Le travail et le réseau de support comme facteurs d'adaptation chez les veuves d'âge moyen*. (Thèse de doctorat inédite), Université Laval.
- Vulic-Prtoric, A., & Macuka, I. (2006). Family and coping factors in the differentiation of childhood anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 199-214. DOI: 10.1348/147608305X52676.
- Weems, C.F., Silverman, W.K., Rapee, R.M., & Pina, A.A. (2003). The role of control in childhood anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 557-568. DOI: 10.1023/A:1026307121386.
- Wentzel, K. R., & McNamara, C. C. (1999). Interpersonal relationships, emotional distress, and prosocial behavior in middle school. *The Journal of Early Adolescence*, 19 (1), 114-125. DOI: 10.1177/0272431699019001006.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., Höfler, M., & Lieb, R. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (s406), 14-23.
- Wittchen, H-U., Beesdo, K., Bittner, A., & Goddwin, R.D. (2003). Depressive episodes-evidence for a causal role of primary anxiety disorders ? *European Psychiatry*, 18, 384-393. DOI : 10.1016/j.eurpsy.2003.10.001.
- Wood, J. (2006). Effect of anxiety reduction on children's school performance and social adjustment. *Developmental Psychology*, 42(2), 345-349. Doi: 10.1037/0012-1649.42.2.345.
- Young, J. F., Mufson, L., & Davies, M. (2006). Impact of comorbid anxiety in an effectiveness study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 904-912. DOI: 10.1097/01.chi.0000222791.23927.5f.

CHAPITRE 4

DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette thèse a pour objectif de mieux comprendre le lien temporel entre l'anxiété et la dépression et le développement d'un trouble concomitant entre ces deux problématiques, lors de la transition primaire-secondaire. Le premier article s'intéresse à la séquence temporelle anxiété-dépression et aux différentes distorsions cognitives présentes chez les groupes d'élèves. Le deuxième article s'intéresse plutôt aux différentes variables psychosociales présentes chez les élèves anxieux de sixième année qui augmentent leur risque de développer un trouble concomitant avec la dépression, en deuxième secondaire. Cette discussion expose d'abord les différents objectifs ainsi que les résultats de chacun des deux articles, laquelle sera suivie d'une mise en évidence du lien entre ces deux derniers. Les apports de la présente thèse seront ensuite élaborés, suivis par les différentes limites et les avenues de recherche ultérieures.

4.1 Rappel des objectifs et résumé des résultats

4.1.1 Premier article

Tout d'abord, le premier article visait à mesurer l'influence de la présence d'un trouble anxieux en sixième année sur le développement ultérieur d'un trouble dépressif en deuxième secondaire, ceci dans le contexte de la transition primaire-secondaire. Ensuite, le deuxième objectif visait à comparer les distorsions cognitives des élèves anxieux et concomitants tout en évaluant si ces distorsions de type dépressogènes présentes chez les élèves anxieux de sixième année amplifient l'émergence d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression en deuxième secondaire. Pour ce faire, les élèves anxieux et non anxieux du temps 1 ont été d'abord comparés sur la présence des telles distorsions. Dans un deuxième temps, cette comparaison s'effectuait entre les élèves anxieux et anxieux-dépressifs du temps 2, afin d'évaluer les différences entre ces groupes et de valider dans un troisième temps, si la présence de ce type de pensées, associées à la dépression en sixième année, agissait sur la manifestation subséquente d'une concomitance.

Les résultats de ce premier article démontrent dans un premier temps que les filles se distinguent des garçons quant à la manifestation à la fois de l'anxiété et de la dépression: en sixième année, elles sont plus anxieuses que les garçons et en deuxième secondaire, elles sont significativement plus dépressives que ces derniers. Tel que plusieurs études l'ont démontré, les jeunes adolescentes sont significativement plus vulnérables à l'anxiété et à la dépression (Boyd, Gullone, Kostanski, Ollendick et Shek, 2000; Costello *et al.*, 2003; Essau *et al.*, 2000). Différentes hypothèses ont été proposées pour expliquer cette plus grande vulnérabilité, lesquelles sont observées et appuyées par de nombreuses études. Comparativement aux garçons, les filles affirment vivre plus négativement les changements pubertaires, elles sont confrontées à davantage d'événements stressants, telles l'arrivée de la puberté et l'insatisfaction envers leur image corporelle ou les difficultés découlant des relations sociales (Nolen-Hoeskema et Girgus, 1994, Nolen-Hoeskema, 2000), elles sont plus susceptibles de développer une estime de soi négative (Clay, Vignoles et Dittmar, 2005) laquelle peut augmenter le risque qu'un trouble intériorisé se développe (Kostanski et Gullone, 1998). De plus, les filles ont tendance à résoudre leurs problèmes en ruminant plutôt qu'en adoptant des stratégies efficaces relativement aux stressors vécus, ce qui augmente leur risque de développer un trouble un dépressif (Nolen-Hoeskema, 2000).

Dans un deuxième temps, les résultats de notre étude confirment une tendance chez les filles anxieuses, selon laquelle elles seraient plus vulnérables au développement d'un trouble dépressif, alors que l'anxiété n'influence pas ce risque chez les garçons. Ce résultat met en évidence le fait que les filles sont plus à risque de développer une dépression à l'adolescence (Costello *et al.*, 2003; Lewinsohn *et al.*, 1995). Par contre, nos résultats vont à l'encontre de ceux observés dans l'étude de Gallerani et ses collègues (2010) où l'anxiété n'a pas d'effet significatif sur le développement de la dépression chez les filles, mais seulement chez les garçons, et ce, au niveau sous-clinique. Leurs résultats démontrent que les filles sont plus dépressives, peu importe si l'anxiété se manifeste avant l'apparition de la dépression ou non, alors que l'anxiété chez les garçons augmente davantage leur vulnérabilité à la dépression. Nos résultats se distinguent de ceux de Gallerani et ses collaborateurs à deux niveaux. Premièrement, la différence de genre

observée dans leur étude se manifeste au plan de troubles sous-cliniques, alors que de notre côté, les troubles mesurés se rapprochent de très près d'un diagnostic clinique. Deuxièmement, les participants de leur échantillon sont mesurés entre les âges de 12 et 18 ans, ce qui va bien au-delà de notre échantillon, qui lui cible davantage le début de l'adolescence. La manifestation de l'anxiété durant cette période, notamment chez les filles, comparativement à la fin de l'adolescence, pourrait engendrer des conséquences plus négatives sur leur développement et sur leur adaptation sociale. La présence simultanée de nombreux stressors lors de la transition primaire-secondaire pourrait vulnérabiliser davantage les filles et accentuer l'effet de l'anxiété sur leur fonctionnement, ce qui aurait pour conséquence d'augmenter leur risque de développer une dépression. En ce sens, le modèle théorique de diathèse-stress propose qu'en présence de stressors importants, par exemple la transition primaire-secondaire, les individus présentant une certaine vulnérabilité voient leurs difficultés d'adaptation augmenter (Shell, Gazelle et Faldowski, 2014). D'ailleurs, l'hypothèse de Nolen-Hoeksema (1994) souligne la vulnérabilité des filles relativement à la dépression au début de l'adolescence, car ces dernières sont plus à risque de développer un trouble dépressif, puisqu'elles traversent leur puberté en synchronie avec l'avènement de différents stressors, dont la transition primaire-secondaire.

Le deuxième objectif de cet article est de mesurer l'influence des distorsions cognitives associées à la dépression chez les élèves anxieux de sixième année sur le développement d'un trouble dépressif et d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression en 2^e secondaire. Premièrement, nos résultats révèlent que les élèves anxieux de 6^e année se distinguent des autres élèves puisqu'ils présentent des distorsions cognitives associées à la dépendance et à la réussite. Ce résultat nous démontre que les élèves anxieux possèdent déjà certains modes de pensées dysfonctionnelles, qui sont généralement attribuables aux élèves dépressifs, et ce, sans que le trouble dépressif se soit encore manifesté. Ainsi, les distorsions reliées à la dépendance et à la réussite, tel que «je ne suis rien si personne ne m'aime» et si «j'échoue en partie c'est aussi pire que d'échouer complètement» apparaissent chez les élèves qui manifestent de l'anxiété. Nous savons que l'adolescence est marquée par la peur de l'évaluation sociale et par l'importance

d'être dans la norme (Westenberg, Drewes, Goedhart, Siebelink et Treffers, 2004). Le rôle des pairs, l'acceptation dans un groupe, ainsi que la désirabilité sociale sont des facteurs déterminants dans la définition de l'identité chez les adolescents. Lorsque l'anxiété est présente au début de l'adolescence, la peur d'être jugé, d'être différent des autres, fait en sorte que ces élèves s'isolent plus et se sentent davantage rejetés. D'ailleurs, le résultat de notre étude va dans le sens de l'étude de Sutton et ses collaborateurs (2011), qui dénote que le schéma de sociotropie, donc les distorsions reliées à la dépendance, corrèle avec certains symptômes anxieux, en plus de corrélérer avec les symptômes dépressifs. Par contre, leur étude étant de nature transversale, la relation temporelle entre les différents symptômes n'a pu être observée. De tels résultats ont aussi été rapportés par d'autres études, auprès d'adolescents et d'adultes (Alford et Gerrity, 2003; McClure, Parrish, Rilling, Ernst et Pine, 2007).

Ces résultats nous amènent à nous poser la question suivante : est-ce que la peur et le fait de s'inquiéter de façon excessive favoriseraient davantage le développement de pensées plus dépressogènes chez certains élèves, notamment chez les filles. Peu d'études se sont intéressées à ce mécanisme, mais quelques-unes ont démontré une relation significative entre l'inquiétude et les ruminations, qui elles corrèlent avec les attitudes dysfonctionnelles de dépendance et le schéma de sociotropie (Nolen-Hoeksema, Wisco et Lyubomirsky, 2008). En ce sens, les résultats de notre étude tendent à démontrer que les filles anxieuses, qui ont tendance à s'inquiéter, sont plus enclines à développer des pensées du type : « je ne suis rien si une personne que j'aime ne m'aime pas »? La peur pourrait les amener davantage à se définir dans leur rapport à l'autre et à rechercher une présence pour se rassurer, à une période où elles sont plus vulnérables en rapport aux nombreux stressors présents, comme l'insatisfaction envers l'image corporelle, le stress relationnel et la puberté (Hankin *et al.*, 2007; Nolen-Hoeksema et Girgus, 1994; Wichstrøm, 1999).

Pour conclure, les résultats de ce premier article démontrent une tendance chez les filles anxieuses à développer un trouble dépressif, dans le contexte de la transition primaire-secondaire. De plus, la dépression pure n'ayant pas été observée en deuxième secondaire, il se révèle que la concomitance entre l'anxiété et la dépression est fortement représentée

et qu'il serait intéressant de comprendre davantage le lien qui pourrait mieux expliquer cette relation entre les deux troubles, notamment à cette période du développement où les jeunes sont plus vulnérables et doivent s'adapter à différents changements personnels et contextuels, éléments qui seront abordés dans le 2^e article. Enfin, ces résultats favorisent une meilleure compréhension des attitudes dysfonctionnelles présentes chez les élèves anxieux. D'autres variables présentes chez les élèves anxieux, et spécifiquement chez les filles, pourraient engendrer le développement d'une dépression et mériteraient d'être explorées, ce qui a fait l'objet du deuxième article de cette thèse.

4.1.2 Deuxième article

L'objectif général de ce deuxième article est de mieux comprendre les effets de différentes variables psychosociales dans le développement d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression. Le premier objectif vise à mesurer les effets du soutien des pairs, des conflits familiaux et du rendement scolaire, à savoir s'ils distinguent dans un premier temps, les élèves qui manifestent de l'anxiété en 6^e année de ceux qui ne présentent pas de trouble et dans un deuxième temps, les élèves qui présentent une concomitance entre la dépression et l'anxiété en 2^e secondaire, des élèves anxieux seulement.

Premièrement, nos résultats vont dans le même sens que ceux de Freudenthaler et ses collègues (2008) et de Murberg et Bru (2004), en ce qui concerne l'adaptation des filles à l'école. Nos résultats démontrent qu'en 6^e année et en 2^e secondaire, les filles sont mieux adaptées à leur environnement scolaire que les garçons: elles ont un meilleur rendement et elles perçoivent davantage de soutien de leurs amis. Par contre, nos résultats démontrent aussi que l'anxiété aurait un effet marginalement négatif sur leurs résultats scolaires en 6^e année, et non sur ceux des garçons. En ce sens, les filles sont plus engagées à l'école et performent mieux que les garçons, mais l'anxiété les affecte davantage sur le plan scolaire. Ce résultat s'accorde avec celui de Devine et ses collaborateurs (2012) où l'anxiété aux examens corrèle négativement avec les résultats en mathématiques, et ce, plus fortement chez les filles de 7^e, 8^e et 10^e année. Tel qu'il a été

démontré, les filles attribuent plus de valeur à l'école et à la réussite (Eccles *et al.*, 1993; Meece, Glienke et Burg, 2006; Wang et Eccles, 2012), y sont plus engagées (Lam *et al.*, 2012), elles sont plus inquiètes de leur performance et sous-estiment souvent leur capacité à réussir comparativement aux garçons (Cole *et al.*, 1999; Moksnes, Moljord, Espnes et Byrne, 2010). Ces inquiétudes, avec la présence d'autres stressseurs, dont une image plus négative d'elle-même que les garçons (Moksnes *et al.*, 2010), l'arrivée de la puberté et l'entrée au secondaire, augmentent davantage la vulnérabilité des filles sur le plan du rendement (Fröjd *et al.*, 2008).

Par la suite, les résultats de ce second article nous permettent de mieux comprendre le fonctionnement des élèves qui présentent une concomitance entre l'anxiété et la dépression. Les résultats démontrent que les élèves du groupe anxieux-dépressif de 2^e secondaire éprouvent plus de difficultés que les élèves uniquement anxieux (Lewinsohn *et al.*, 1995): ils vivent plus de conflits dans leur famille et perçoivent marginalement moins de soutien de leurs amis. Par contre, les élèves qui démontrent une concomitance anxiété-dépression ne se démarquent pas des élèves anxieux sur le plan du rendement scolaire en deuxième secondaire.

Ces résultats nous démontrent dans un premier temps, que les variables reliées à l'environnement familial et au soutien des pairs semblent plus associées à la dépression qu'à l'anxiété et que les élèves à la fois anxieux et dépressifs se distinguent sur le plan relationnel, tel qu'il a été démontré dans d'autres études (Guberman et Manassis, 2011; O'Neil *et al.*, 2010; Stark *et al.*, 1990). Dans une étude réalisée auprès d'enfants et d'adolescents qui démontrent des symptômes d'anxiété sociale, de dépression ou les deux en concomitance, la perception de l'environnement familial s'avère plus négative chez les participants dépressifs que chez les participants anxieux (Johnson, Inderbitzen-Nolan et Schapman, 2005). De plus, il est observé que les individus du groupe concomitant perçoivent leur environnement familial de façon similaire aux participants dépressifs. Ce résultat, parallèlement à celui de notre étude, suggère dans un premier temps que l'environnement familial chez les adolescents dépressifs est peut-être plus dysfonctionnel que l'environnement des élèves anxieux. En ce sens, l'étude de Bernstein et ses collègues (1999) révèle qu'un manque de cohésion au sein de la famille est associé à la présence

d'une concomitance entre l'anxiété et la dépression. Ce manque de cohésion est caractérisé par une mauvaise communication entre les membres d'une même famille, la relation de proximité n'étant pas très positive, ce qui peut priver le jeune adolescent d'un soutien adéquat de la part des parents, dans une période de transition et d'adaptation importante, qui peut augmenter l'anxiété (Drake et Ginsburg, 2012) et la dépression (Sallinen *et al.*, 2007).

Deuxièmement, nous pouvons émettre l'hypothèse que la présence de distorsions cognitives et d'affect négatif plus général chez les participants dépressifs, comparativement à ceux qui ne manifestent que de l'anxiété, amène une perception plus négative de l'environnement. Cela se traduit sur le plan de la perception du soutien des pairs : nos résultats marginalement significatifs démontrent que les élèves à la fois dépressifs et anxieux perçoivent moins de soutien de la part des pairs. Leur attitude plus négative envers le monde et eux-mêmes, ainsi que leur difficulté à résoudre leurs problèmes, affectent la qualité de leurs relations sociales, ce qui pourrait faire en sorte d'éloigner les membres du réseau social, plutôt que de les amener à fournir un soutien adéquat aux individus dépressifs (Hammen, 1991).

De façon générale, ces résultats enrichissent notre compréhension du rôle de la dépression dans le cadre d'un trouble concomitant. Les élèves qui se définissent de façon exagérée à partir de l'amour des autres et de l'image qu'on leur rend d'eux-mêmes, seraient davantage fragilisés sur le plan relationnel (Lévesque et Marcotte, 2009; Marcotte, 2013). Le schéma de sociotropie tel que défini par les travaux de Beck (1983), implique que la personnalité qui manifeste cette structure aurait tendance à développer des symptômes dépressifs, lorsque confrontée à un stress de nature relationnelle. Selon nos résultats, les conflits familiaux et, à un moindre niveau, le faible soutien des pairs caractérisent les élèves du groupe où la dépression est présente. Ainsi, lors de la transition primaire-secondaire, le soutien à la fois des parents et des amis serait favorable à une meilleure adaptation scolaire chez les adolescents (Newman *et al.*, 2007). Davantage d'interventions devraient être proposées aux élèves et à leur famille, lors de la transition primaire-secondaire, afin de les soutenir dans leur adaptation. D'autres études seront nécessaires pour mieux comprendre le lien temporel entre l'anxiété et la dépression,

puisque aucune étude, à notre connaissance, n'a tenté de mesurer le rôle de différents facteurs de vulnérabilité lors du passage primaire-secondaire. La compréhension de ces derniers pourrait favoriser une meilleure conception du rôle de l'anxiété dans le développement d'une concomitance avec la dépression entre les deux troubles (Schleider *et al.*, 2014).

Par contre, nos résultats révèlent qu'aucune différence n'est observée entre les deux groupes quant au rendement scolaire. Nous pourrions croire que l'anxiété ou un trouble concomitant entre l'anxiété et la dépression affectent les résultats des élèves de façon similaire. Bien que les résultats des études concernant le rendement scolaire et l'anxiété sont inconsistants, plusieurs démontrent un lien entre la présence d'anxiété et un rendement scolaire plus faible (Freudenthaler *et al.*, 2008; Mazzone *et al.*, 2007; Owens, Stevenson, Hadwin et Norgate, 2012), tout comme la dépression est associée à de faibles résultats (Marcotte *et al.*, 2006). La présence d'émotions négatives communes aux deux groupes pourrait expliquer ces résultats (Roeser et Eccles, 2000), bien que certains des processus cognitifs impliqués puissent être distincts d'un groupe à l'autre (Anderson et Hope, 2008; Clark et Watson, 1991); l'anxiété est associée à l'inquiétude et à la crainte de ne pas réussir, alors que la dépression affecte les résultats scolaires par la présence d'attitude négative, d'un manque d'intérêt général, d'une tendance à sous-estimer ces compétences à réussir. L'activation de ruminations est présente dans les deux problématiques (Fröjd *et al.*, 2008; Owens *et al.*, 2012; Shahar *et al.*, 2006). De plus, certains symptômes tels que la difficulté à se concentrer pourraient avoir un effet sur la mémoire de travail, que ce soit chez les élèves anxieux ou les élèves dépressifs, et ainsi nuire aux apprentissages et au rendement scolaire (Owens *et al.*, 2012).

Un élément important à considérer pour comprendre ce résultat est l'influence de la transition primaire secondaire, qui tel que démontré, augmente la vulnérabilité des élèves qui manifestent déjà certaines difficultés (Eccles *et al.*, 1993; Roeser et Eccles, 2000). Puisqu'on observe une baisse du rendement scolaire lors de la transition, les élèves qui sont anxieux ou dépressifs seraient dans les deux cas plus vulnérables dans un contexte qui demande davantage d'adaptation et verraient une baisse de leur rendement scolaire.

Pour terminer, nos résultats révèlent que seule la présence de conflits familiaux chez les élèves anxieux de 6^e année est marginalement associée au groupe d'élèves concomitants en deuxième secondaire. Très peu d'études ont mesuré les variables associées à la relation temporelle anxiété-dépression et au développement d'une concomitance (Schleider *et al.*, 2014). Par contre, nos résultats offrent une compréhension du milieu familial des élèves anxieux en lien avec leur vulnérabilité à développer un trouble concomitant ultérieurement. Premièrement, la présence de conflits familiaux chez ces derniers, démontre qu'ils sont marginalement plus à risque de développer un trouble dépressif lors de la transition primaire-secondaire. Il a été observé que l'anxiété est souvent associée à des parents surprotecteurs, qui ne favorisent pas l'autonomie chez l'élève. Sachant que l'anxiété est reliée à la recherche de réassurance (Muroff et Ross, 2011), la présence de conflits au sein du milieu familial prive l'adolescent d'une source de soutien significative, au moment où apparaissent plusieurs changements qui eux, demandent de s'adapter ou de résoudre de nouveaux défis (Newman *et al.*, 2007). Cette difficulté familiale engendre de l'insécurité et augmente la vulnérabilité à la dépression; l'impuissance ressentie envers les inquiétudes et les difficultés rencontrées, pourrait mener au sentiment de désespoir, qui lui caractérise les sujets dépressifs (Alloy *et al.*, 1990).

En résumé, ce deuxième article nous a permis de mieux comprendre certaines variables qui distinguent les élèves anxieux des élèves concomitants et de faire la lumière sur les vulnérabilités des élèves anxieux, pouvant les mettre à risque de développer une dépression, lors du passage primaire-secondaire. Encore très peu d'études sur les variables associées à la séquence temporelle anxiété-dépression sont disponibles à ce jour (Kouros *et al.*, 2013; Schleider *et al.*, 2014), pour appuyer nos résultats, mais la présence de difficultés relationnelles semble davantage fragiliser les élèves anxieux dans le développement ultérieur d'une dépression concomitante.

4.2 Liens entre les deux articles

Les articles de cette thèse ont pour objectifs communs de mieux comprendre la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression chez les adolescents et le développement d'une concomitance entre ces deux problématiques dans le contexte de la transition primaire-secondaire. Tout d'abord, les résultats de ces deux articles forment un tout; le premier s'intéresse à la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression ainsi qu'à la présence d'un facteur interne pouvant jouer un rôle dans le développement de cette séquence, alors que le deuxième mesure l'influence de facteurs environnementaux de même que leur rôle distinctif dans le développement d'une concomitance anxiété-dépression, et ce, lors du passage primaire-secondaire.

De façon plus spécifique, les deux articles explorent le lien entre l'anxiété et la dépression chez les adolescents, en contexte de transition développementale et scolaire. Que ce soit en 6^e année ou en 2^e secondaire, nos résultats révèlent que, du moins dans notre échantillon, la dépression pure n'est pas observée, puisque tous les élèves dépressifs manifestent également de l'anxiété. De plus, il est démontré que les filles sont plus à risque de développer un trouble concomitant si elles sont anxieuses en sixième année, alors que l'anxiété n'augmente pas ce risque pour les garçons. Cette différence est soutenue par les nombreux défis environnementaux et hormonaux vécus, de même que l'adaptation distinctive des filles aux différents stressors, ce qui augmente davantage leur vulnérabilité à devenir dépressives et anxieuses. Ainsi, les résultats de ces deux articles réaffirment l'importance d'étudier la séquence temporelle anxiété-dépression au début de l'adolescence afin de mieux cibler les mécanismes qui distinguent les filles des garçons, notamment en lien avec leur adaptation scolaire et la présence de troubles anxieux. Une meilleure connaissance de cette séquence temporelle pourrait nous permettre d'intervenir plus tôt dans le développement, avant qu'un trouble dépressif se développe conséquemment ou encore à l'âge adulte, ce qui favoriserait la prévention de difficultés d'adaptation importantes, telles que l'abandon scolaire, l'abus de substance, la détresse émotionnelle et le suicide (Marcotte, 2013).

Dans un deuxième temps, les résultats de ces deux articles explorent l'influence de différents facteurs personnels et sociaux, associés à l'anxiété et à la dépression et au développement d'une concomitance. En ce qui concerne l'effet d'un facteur interne à l'individu, en lien avec la présence d'anxiété ou de dépression, les résultats du premier article démontrent que les élèves anxieux manifestent plus de pensées automatiques négatives associées à la dépression, soit des distorsions cognitives de dépendance et de réussite en 6^e année. Soulignons également que les élèves concomitants de 2^e secondaire manifestent plus de distorsions cognitives de dépendance que les élèves anxieux. Ces résultats soulèvent l'importance de cibler le mode de pensée des élèves anxieux, puisque l'expression de ces pensées de façon récurrente pourrait accroître leur risque de développer une dépression. De plus, ces résultats démontrent qu'il est favorable de s'intéresser aux mécanismes internes chez les élèves anxieux, puisque leur mode de pensée associé à la dépression les expose davantage à des problèmes, à un trouble concomitant et à des difficultés d'adaptation, en lien avec le développement d'une dépression subséquente, ce qui sera d'ailleurs observé en deuxième secondaire.

Bien que les pensées semblent jouer un rôle déterminant dans la manifestation d'un trouble intériorisé, les résultats du deuxième article révèlent que des facteurs extérieurs à l'individu, soit des facteurs environnementaux pourraient interagir avec ces dernières et contribuer au développement d'un trouble. De façon plus spécifique, nos résultats du deuxième article mettent en évidence une plus grande difficulté d'adaptation scolaire particulièrement chez les filles, comme conséquence lorsque l'anxiété est présente, puisque ces dernières semblent avoir de plus faibles résultats scolaires que les garçons anxieux. En lien avec les résultats du premier article, les distorsions cognitives reliées à la réussite, c'est-à-dire qu'échouer en partie c'est aussi pire que d'échouer complètement, sont présentes chez les élèves anxieux. Donc ce type de pensées pourrait nuire davantage aux résultats scolaires des filles anxieuses, puisqu'elles ajoutent un stress à leurs inquiétudes déjà présentes.

Un autre résultat du deuxième article met de l'avant l'importance des facteurs extérieurs à l'individu, associés à la manifestation d'un trouble ou dans le développement d'une concomitance, soit l'importance du réseau social et des habiletés relationnelles chez les

élèves qui traversent cette période de transition, qui peut d'ailleurs augmenter les stress chez ceux qui sont plus vulnérables (Shell *et al.*, 2014). Plus précisément, les résultats témoignent que les élèves concomitants perçoivent plus de conflits au sein de leur famille et marginalement moins de soutien de leurs pairs, comparativement aux élèves anxieux. Il s'avère que l'absence d'un soutien social adéquat pourrait exposer davantage les élèves à la dépression, puisque ces variables ne sont pas significatives pour les élèves anxieux. De plus, les résultats révèlent que les élèves anxieux de 6^e année, qui sont exposés à plus de conflits au sein de leur milieu familial, sont marginalement plus vulnérables à la dépression et à la concomitance, à la suite de la transition scolaire. Ces résultats soulignent l'importance d'un soutien adéquat, auprès des jeunes adolescents, chez qui les différentes transitions peuvent causer un certain stress et des difficultés d'adaptation à leur environnement.

En résumé, les résultats des deux articles démontrent l'importance d'étudier la relation entre l'anxiété et la dépression chez de jeunes adolescents, lors du passage primaire-secondaire, en fonction des changements majeurs observés sur le plan personnel, social et scolaire. De plus, les résultats révèlent une certaine vulnérabilité des filles anxieuses à développer un trouble concomitant avec la dépression et offrent une meilleure compréhension des variables relationnelles, familiales et cognitives dans le développement d'un trouble concomitant, à une période où surviennent des changements majeurs et où les taux de prévalence d'anxiété et de dépression augmentent de façon significative, et ce, plus spécifiquement chez les filles.

4.3 Apports de la thèse

La présente thèse est élaborée en contexte de transition chez les adolescents, soit le passage du primaire au secondaire et la transition vers l'adolescence, marquée par la puberté. Bien que plusieurs études se soient intéressées aux troubles intériorisés chez les adolescents, peu d'entre elles ont tenté de comprendre la séquence temporelle entre l'anxiété et la dépression lors de cette période transitoire. Ces deux problématiques sont souvent étudiées en parallèle ou sans que les conséquences de l'une sur l'autre soient

considérées. Lorsqu'on s'intéresse à leur comorbidité, les temps de mesure sont très variables et ne considèrent pas nécessairement l'aspect développemental dans la manifestation des troubles à l'adolescence. Cette thèse mesure la présence de l'anxiété et la dépression concomitante avec cette dernière, à un moment où les taux de prévalence pour chacun des troubles sont élevés. Sachant que les deux problématiques sont souvent présentes de façon cooccurrence, de nombreuses études ne contrôlent pas pour la présence d'un trouble concomitant et comme notre étude le démontre, la dépression pure est rarement présente à cette période du développement. Il serait important de cibler la manifestation de l'anxiété chez les adolescents, lors du passage primaire-secondaire, afin de mieux intervenir auprès des ces élèves.

Parmi les études publiées sur l'anxiété et la dépression, très peu d'entre elles ciblent les différentes variables associées aux deux troubles, en contexte de la transition primaire-secondaire. Cette présente thèse vise donc à mieux comprendre la présence de variables scolaires (rendement), familiales (conflit) et sociales (soutien des pairs) en lien avec la séquence temporelle anxiété-dépression et la concomitance. De plus, très peu d'études ont mesuré le rôle des distorsions cognitives associées à la dépression, en relation avec le développement d'une concomitance anxiété-dépression (Alloy *et al.*, 2012; Hankin *et al.*, 2004; Sutton *et al.*, 2011). Ces recherches de nature transversale se sont plutôt intéressées à la présence de ces distorsions, dans l'objectif de mieux comprendre ce qui distingue ces deux troubles intériorisés. Le recours à un devis longitudinal a permis de mieux comprendre la relation temporelle entre l'anxiété et la dépression en contexte de transition scolaire, alors que plusieurs études ont eu recours à un devis transversal. De plus, très peu d'études se sont intéressées aux différences entre les genres, dans le but de mieux comprendre cette association temporelle au début de l'adolescence.

Par ailleurs, la présente thèse s'articule autour des troubles cliniques, en se rapprochant de très près des troubles tels que définis dans le DSM-IV, ceci par l'utilisation du *Dominique Interactif pour Adolescent*. De nombreuses études mesurent la présence de symptômes plutôt que celle des troubles. Nos résultats démontrent que la manifestation des troubles cliniques, ainsi que leur cooccurrence au début de l'adolescence sont significatives et que des mesures d'intervention doivent être mises en place pour les

élèves anxieux, à la fin du primaire et au début du secondaire, afin de prévenir le développement de la dépression et de réduire l'incidence des conséquences associées, dont le décrochage scolaire (Gagné *et al.*, 2011). Ces interventions pourraient être de mettre en place des ateliers de groupe à l'école avec les élèves qui démontrent des symptômes d'anxiété. Certaines études, ont démontré l'efficacité des interventions cognitives-comportementales et émotionnelles adaptées à la présence de troubles concomitants variés, dont l'anxiété et la dépression (Farchione *et al.*, 2012; Seager, Rowley et Ehrenreich-May, 2014). Ce type de traitement que l'on nomme «transdiagnostique» a démontré son efficacité davantage auprès d'une population d'adultes anxieux (Ehrenreich-May et Chum 2013, cité dans Seager *et al.*, 2014), mais il a été adapté à une population adolescente lors d'une étude pilote (Ehrenreich, Golstein, Wright et Barlow, 2009). D'autres études seraient nécessaires pour valider l'efficacité d'une telle intervention auprès des adolescents. En ce sens, l'étude de Seager et ses collègues (2014) est une étude de cas réalisée auprès d'une adolescente. Des éléments tels la gestion des émotions, les pensées dysfonctionnelles, l'évitement en général, l'activation comportementale, ainsi que la résolution de problèmes sont abordés. Au Québec, le programme Pare-Chocs (Marcotte, 2006) qui inclut de telles composantes a fait l'objet d'une application et d'une validation auprès d'adolescents dépressifs de milieu scolaire (Poirier, Marcotte et Joly, 2013). L'adaptation de ce programme pour adolescents vivant des symptômes anxieux et dépressifs pourrait s'avérer une avenue intéressante à explorer.

Pour terminer, les portées sociales de cette thèse sont nombreuses. Premièrement, tel qu'il a été mentionné tout au long de cette thèse, une meilleure connaissance du lien entre l'anxiété et la dépression au début de l'adolescence, pourra soutenir la prévention des troubles intériorisés et orienter davantage l'intervention, pour mieux l'adapter aux problématiques et répondre aux besoins des jeunes en transition et plus spécifiquement ceux des adolescentes. Ainsi, les risques qu'apparaisse un trouble concomitant avec la dépression pourraient être diminués et ainsi permettre une meilleure adaptation de l'élève, à la fois sociale et scolaire. De plus, la présence de cette concomitance a été associée à une moins bonne réponse au traitement et une qualité de vie moins optimale

ainsi qu'à un risque plus élevé de comportements suicidaires en comparaison à la manifestation d'un seul trouble, ce qui justifie d'apporter des mesures de prévention et d'intervention le plus tôt possible (Lewinsohn *et al.*, 1995). Sachant que la dépression est liée au risque d'abandon scolaire précoce (Gagné et Marcotte, 2010), le maintien des élèves à l'école pourrait augmenter le taux de diplomation et à plus long terme, favoriser une meilleure insertion sur le marché du travail et ainsi maintenir une bonne qualité de vie.

4.4 Limites et nouvelles avenues de recherche

La présente thèse comporte certaines limites, dont la petite taille de l'échantillon. Si notre recherche présente la qualité d'avoir utilisé une mesure clinique se rapprochant de très près d'un diagnostic, elle présente par ailleurs la limite d'avoir un petit échantillon, puisque la passation du *Dominique Interactif pour Adolescents* nécessite une entrevue et ne peut se faire en format de groupe. Un score de coupure a été utilisé afin de cibler les élèves qui manifestent un trouble clinique. Ainsi, les élèves présentant des symptômes d'anxiété et/ou de dépression à un niveau léger ou modéré ne sont pas retenus dans notre échantillon, ce qui en réduit singulièrement la taille. De plus, les élèves présentant une dépression au temps 1 ont été également exclus. Un échantillon plus imposant pourrait permettre de mieux comprendre l'influence de différentes variables, en validant certains résultats qui se sont avérés non significatifs ou marginalement significatifs.

De plus, la petite taille de l'échantillon n'a pas permis de mesurer la relation spécifique entre les différents troubles anxieux et la dépression, puisque ces derniers ont été regroupés en un seul trouble anxieux. Il faut dire cependant qu'ils étaient fortement corrélés entre eux. D'autres études seraient tout de même nécessaires pour valider la puissance du lien entre différentes formes d'anxiété et la dépression.

Également, en ce qui concerne l'instrument de mesure des différentes psychopathologies, soit le *Dominique Interactif pour Adolescents*, ce dernier ne valide pas la présence d'anxiété sociale. Plusieurs études observent un lien entre ce type d'anxiété et la dépression, notamment à l'adolescence. D'autres études pourraient s'intéresser davantage

à l'anxiété sociale à l'adolescence et son impact sur le développement ultérieur de la dépression, en contexte de transition, développementale et scolaire.

Bien que cette thèse s'intéresse à la concomitance, les autres troubles observés à l'adolescence ne sont pas contrôlés (trouble déficitaire de l'attention ou trouble des conduites). La présence de ces derniers pourrait influencer le lien entre la présence d'anxiété et le développement de la dépression.

Pour terminer, mentionnons que cette présente thèse soulève quelques avenues de recherches futures. Premièrement, la tendance observée chez les filles anxieuses de 6^e année à développer une dépression en 2^e secondaire mériterait davantage d'être étudiée, lors de cette période où surviennent différentes transitions majeures. Il serait donc important de mieux comprendre le rôle de différentes variables associées à l'anxiété lors de la transition primaire-secondaire afin d'intervenir rapidement auprès de ces élèves avant que puisse se développer une dépression.

Dans un deuxième temps, nos résultats soulèvent que certaines distorsions cognitives associées à l'anxiété sont présentes chez les élèves anxieux, avant même qu'apparaisse le trouble. Il serait pertinent de mesurer d'autres types de pensées négatives, telles que les ruminations, lors de la transition primaire-secondaire. Certaines études ont démontré que les ruminations corrélaient avec l'anxiété (Starr et Davila, 2012, Muris, Roelofs et Meester, 2004), mais peu d'entre elles ont tenté de mesurer ces dernières chez des adolescents qui traversent deux transitions simultanément, soit la puberté et la transition primaire-secondaire. Considérant qu'un seul instrument de mesure a été utilisé pour mesurer les distorsions cognitives reliées à la dépression, d'autres instruments pourraient aussi être utilisés afin de valider la présence de pensées inadaptées, par exemple les erreurs cognitives, telles la surgénéralisation, la responsabilisation, l'anticipation de la catastrophe ou encore l'abstraction, lesquelles sont mesurées par le *Children's Negative Cognitive Errors Questionnaire* (Leitenberg, Yost et Carroll-Wilson, 1986), pour lequel par contre, aucune version française ne semble disponible, à notre connaissance.

Troisièmement, cette présente thèse dénote la vulnérabilité des élèves anxieux sur le plan des relations familiales, qui augmente le risque qu'une dépression apparaisse ultérieurement. Il serait intéressant de mesurer le fonctionnement familial de ces élèves afin d'intervenir davantage auprès des familles et de mettre de l'avant la résolution de conflits et les habiletés de communication.

Finalement, très peu d'études s'intéressent aux variables associées au développement d'un trouble concomitant entre l'anxiété et la dépression à l'adolescence. Cette présente thèse offre une compréhension de ce phénomène au début de l'adolescence alors que surviennent plusieurs changements, à la fois personnels et environnementaux. D'autres études seraient nécessaires pour comprendre l'effet de différents facteurs environnementaux et sociaux, sur le développement d'une dépression subséquemment à la manifestation d'anxiété, dans le contexte de la transition primaire-secondaire. De plus, l'évolution de la concomitance entre les troubles pourrait être mesurée tout au long du secondaire, afin de mieux comprendre son évolution puisque les études démontrent que cette concomitance s'observe tout au long de la vie.

APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (DSM-IV-TR, 2003)

A) Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).

B) La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation

C) L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les six derniers mois). N.B. Un seul item est requis chez l'enfant.

1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
2. Fatigabilité
3. Difficulté de concentration ou de mémoire
4. Irritabilité
5. Tension musculaire
6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

D) L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe 1, par exemple, l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une attaque de panique (comme dans le trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le trouble anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'hypocondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un état de stress post-traumatique.

E) L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

F) La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex.,

une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement

APPENDICE B

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE (DSM-IV-TR, 2003)

- A) Peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (ex., prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang)
- B) L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique ou une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation. N.B. : chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement.
- C) Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur. N.B. : chez l'enfant, ce caractère peut-être absent.
- D) La (les) situation (s) phobogènes est (sont) évitée (s) ou vécue (s) avec une anxiété ou une détresse intense.
- E) L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation (s) redoutée (s) perturbent de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles ou (scolaires), ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
- F) Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.
- G) L'anxiété, les attaques de panique ou l'évitement phobique associé à l'objet ou à la situation spécifique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel un trouble obsessionnel-compulsif, un état de stress post-traumatique, un trouble d'anxiété de séparation, une phobie sociale, un trouble panique avec agoraphobie ou une agoraphobie sans antécédents de trouble panique.

APPENDICE C

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ANXIÉTÉ DE SÉPARATION (DSM-IV-TR, 2003)

Anxiété excessive et inappropriée au stade de développement concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché, comme en témoignent trois des manifestations suivantes (ou plus) :

- A) Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations.
 - 2. Crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver.
 - 3. Crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux ne vienne séparer l'enfant de ses principales figures d'attachement (p.ex., se retrouver perdu ou être kidnappé.
 - 4. Réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation.
 - 5. Appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement, ou bien dans d'autres environnements sans des adultes de confiance.
 - 6. Réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement, ou bien d'aller dormir en dehors de la maison.
 - 7. Cauchemars répétés à thèmes de séparation.
 - 8. Plaintes somatiques répétées (telles que maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations.
- B) La durée du trouble est d'au moins quatre semaines.
- C) Le trouble débute avant l'âge de 18 ans.
- D) Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel), ou dans d'autres domaines importants.
- E) Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et, chez les adolescents et les adultes, il n'est pas mieux expliqué par le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie.

APPENDICE D

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (DSM-IV-TR, 2003)

A) Avoir présenté au moins cinq des neuf symptômes suivant pendant une même période de deux semaines. Au moins un des symptômes doit être une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir.

a) Humeur dépressive pratiquement toute la journée, presque tous les jours (irritabilité chez les enfants et les adolescents).

Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités.

1. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (chez les enfants, absence d'augmentation normale du poids).
2. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
3. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
4. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
5. Sentiment de culpabilité ou de dévalorisation excessive ou inappropriée presque tous les jours.
6. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.
7. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B) Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C) Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D) Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale.

E) Les symptômes ne sont pas dus à un deuil, c'est-à-dire, après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur

APPENDICE E

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DYSTHYMIQUE (DSM-IV-TR, 2003)

A) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par les autres. N.B. : chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut-être irritable et la durée doit être d'au moins un an.

B) Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

1. Perte d'appétit ou hyperphagie
2. Insomnie ou hypersomnie
3. Baisse d'énergie ou fatigue
4. Faible estime de soi
5. Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions
6. Sentiments de perte d'espoir

C) Au cours de la période de deux ans (un an pour les adolescents) de perturbation thymique, le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.

D) Au cours de la période des deux premières années (de la première année pour les enfants et les adolescents) de la perturbation thymique, aucun épisode dépressif majeur n'a été présent; c'est-à-dire que la perturbation thymique n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif majeur en rémission partielle.

E) Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque et les critères du trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.

F) La perturbation thymique ne survient pas uniquement au cours de l'évolution d'un trouble psychotique chronique tel une schizophrénie ou un trouble délirant.

G) Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

H) Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

APPENDICE F

CERTIFICAT DE DÉONTOLOGIE

No. R2- 031679

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le protocole de recherche suivant :

Responsable(s) du projet : Diane Marcotte

Département ou École : Psychologie

Titre du projet : *«Étude de la trajectoire développementale et des facteurs associés à la dépression dans le contexte de la transition primaire – secondaire».*

Étudiant (s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet ou programme :

Marianne Bélanger et Valérie Ouellette, étudiantes au doctorat en psychologie; Roxanne Richard, étudiante au baccalauréat en psychologie (thèse d'honneur).

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le «Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM».

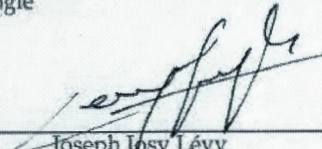
Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains.

Membres du Comité

Marc Bélanger, Directeur, Département de kinanthropologie
Henriette Bilodeau, Professeure, Département Organisation et ressources humaines
René Binette, Directeur, Écomusée du fier monde, Représentant de la collectivité
Shahira Fawzi, Enseignante retraitée de la CSDM, Représentante de la collectivité
Joseph Josy Lévy, Professeur, Département de sexologie et Institut Santé et Société
Francine M. Mayer, Professeure, Département des sciences biologiques
Christian Saint-Germain, Professeur, Département de philosophie
Jocelyne Thériault, Professeure, Département de sexologie

19 février 2007

Date


Joseph Josy Lévy
Président du Comité

APPENDICE G
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT



Département de psychologie

Bonjour,

Nous venons te rencontrer aujourd'hui pour te demander de participer à une recherche réalisée par des chercheurs de l'Université du Québec à Montréal. Cette étude vise à connaître le vécu (ex. : les sentiments de tristesse ou de colère, les pensées) des jeunes pendant qu'ils vivent le passage de l'école primaire à l'école secondaire. Cette étude débutera cette année et se poursuivra jusqu'en 2006. Elle te permettra de faire connaître ton opinion sur différents sujets tels que tes façons de penser et les sentiments que tu vis face à l'école, à ta famille et à tes amis. Nous viendrons te rencontrer chaque année pour compléter des questionnaires.

Nous te demandons aujourd'hui de compléter ces questionnaires. **Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est ton opinion qui est importante.** Ta participation est tout à fait volontaire. Aussi, tu peux décider de mettre fin à ta participation à cette étude en tout temps. Tes réponses aux questionnaires seront traitées de façon confidentielle et anonyme, chaque élève ne sera identifié que par un code numérique. S'il s'avérait que tu ressentais une détresse majeure, nous communiquerons avec tes parents après en avoir discuté avec toi. À la fin de l'année, nous recueillerons des informations dans les dossiers scolaires; soit tes notes en français, en anglais et en mathématiques ainsi que tes absences et incidents disciplinaires.

Dans le cadre de cette recherche, nous invitons un certain nombre de garçons et de filles, à partir de leurs réponses aux questionnaires, à participer à une entrevue afin de mieux connaître les sentiments qu'ils vivent et de savoir s'ils adoptent certains comportements. Par exemple, nous te demanderons s'il t'arrive de te sentir triste et si tu as déjà participé à une bagarre. Toutes les questions de l'entrevue ne sont répondues que par un « oui » ou un « non ». L'entrevue dure environ 30 à 45 minutes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est ton opinion qui est importante.

Afin de signifier ton consentement à participer à cette étude, nous te demandons de signer la présente lettre. Parce que tu es âgé(e) de moins de 16 ans, tu dois aussi avoir obtenu le consentement de tes parents pour participer à cette étude. Si tu désires obtenir davantage d'informations, nous serons heureux de répondre à tes questions. Tu peux nous joindre aux numéros de téléphone fournis au bas de cette lettre.

Nom: _____

Groupe: _____

Date de naissance: _____

École: _____

J'**accepte** de participer à cette étude et j'autorise la consultation de mon rendement scolaire en français, en anglais et en mathématiques ainsi que mon taux d'absences et d'incidents disciplinaires, à la fin de l'année scolaire. Il est entendu que je conserve un exemplaire signé de ce document, le second étant retourné aux chercheurs.

Signature: _____

No. Tél.: _____

Date: _____

Merci de ta collaboration,
Diane Marcotte, Ph.D.
Département de psychologie
Tél.: (514) 987-3000, poste 2619

Geneviève Charlebois, B.A.
Marianne Bélanger, B.A.
Nadia Lévesque, M.A.
Assistantes de recherche
Tél.: (514) 987-3000 poste 2246

Cette étude a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'UQAM. Toute question sur le projet, plainte ou critique peut être adressée à la chercheuse principale. Dans l'éventualité où vous estimez que la plainte ne peut lui être adressée, il vous est possible de faire valoir votre situation auprès du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (secrétariat : service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal, QC, H3C 3P8 tél : 987-3000 poste 7753).

Diane Marcotte, Ph.D.
Département de psychologie
Tél.: (514) 987-3000, poste 2619

Marianne Bélanger, B. Sc.
Marie-Eve Gagné, B. Sc.
Amélie Lanson, B. Sc.
Valérie Ouellette, B.Sc.
Assistants de recherche
Tél.: (514) 987-3000, poste 2246

Nom de l'élève: _____

Date de naissance: _____ École: _____

J'autorise la participation de mon fils ou ma fille à cette étude ainsi que la consultation de son rendement scolaire en français, en anglais et en mathématiques, de son taux d'absences et d'incidents disciplinaires, à la fin de l'année scolaire:

Signature des parents

Date

Je refuse la participation de mon fils ou ma fille à cette étude:



Département de psychologie

Madame, Monsieur,

Nous offrons à votre adolescent-e de participer à une étude réalisée par une équipe de chercheurs de l'Université du Québec à Montréal. Cette étude vise à connaître le vécu (ex. : les sentiments de tristesse ou de colère, les pensées) des jeunes pendant la transition du primaire au secondaire. Cette étude débutera cette année et se poursuivra jusqu'en 2006. Elle leur permettra de faire connaître leur opinion sur différents sujets tels que leurs façons de penser et leurs sentiments face à l'école, à la famille et aux amis. Nous viendrons les rencontrer chaque année pour compléter des questionnaires.

Nous demanderons aux adolescents(es) de compléter des questionnaires dans le cadre d'un cours régulier. Leur participation est tout à fait volontaire. Aussi, ils peuvent décider de mettre fin à leur participation à cette étude en tout temps. Leurs réponses aux questionnaires seront traitées de façon confidentielle et anonyme, chaque élève ne sera identifié que par un code numérique. S'il s'avérait que votre fils ou votre fille présentait des signes de détresse majeure, nous communiquerons avec vous, ceci après en avoir discuté avec lui ou elle. À la fin de l'année, nous recueillerons des informations dans les dossiers scolaires; soit les notes en français, en anglais et en mathématiques ainsi que les absences et incidents disciplinaires.

Dans le cadre de cette recherche, nous invitons un certain nombre de garçons et de filles, à partir de leurs réponses aux questionnaires, à participer à une entrevue afin de mieux connaître les sentiments qu'ils vivent et de savoir s'ils adoptent certains comportements. Par exemple, nous leur demanderons s'il leur arrive de se sentir triste et s'ils ont déjà participé à une bagarre. Toutes les questions de l'entrevue ne sont répondues que par un « oui » ou un « non ». L'entrevue dure environ 30 à 45 minutes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est leur opinion qui est importante.

Puisque les élèves sont âgés de moins de 16 ans, nous leur demandons le consentement de leurs parents ou tuteur légal pour participer à cette étude. Afin de signifier votre consentement à ce que votre adolescent-e participe à cette étude, nous vous demandons de signer l'un des deux exemplaires de ce document et de le faire parvenir par votre adolescent-e à l'enseignant responsable. Si vous désirez obtenir davantage d'informations sur cette étude, nous serons heureux de répondre à vos questions. Vous pouvez nous rejoindre aux numéros de téléphone fournis ci-dessous.

Cette étude a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'UQÀM. Toute question sur le projet, plainte ou critique peut être adressée à la chercheuse principale. Dans l'éventualité où vous estimez que la plainte ne peut lui être adressée, il vous est possible de faire valoir votre situation auprès du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQÀM (secrétariat : service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal, QC, H3C 3P8 tél : 987-3000 poste 7753).

Diane Marcotte, Ph.D.
Département de psychologie
Tél.: (514) 987-3000, poste 2619

Marianne Bélanger, B.Sc.
Marie-Eve Gagné, B.Sc.
Amélie Lanson, B.Sc.
Valérie Ouellette, B.Sc.
Assistantes de recherche
Tél.: (514) 987-3000, poste 2246

Nom de l'élève: _____

Date de naissance: _____ École: _____

J'autorise la participation de mon fils ou ma fille à cette étude ainsi que la consultation de son rendement scolaire en français, en anglais et en mathématiques, de son taux d'absences et d'incidents disciplinaires, à la fin de l'année scolaire:

Signature des parents

Date

Je refuse la participation de mon fils ou ma fille à cette étude:

Signature des parents

Date

APPENDICE H

EXTRAITS DES QUESTIONNAIRES

Ces questionnaires étant protégés par des droits d'auteurs, seule la première page est
fournie à titre illustratif

Dominique Interactif

Caractéristiques du jeune

Date: 2004/05/25
Opérateur: Marianne Bélanger
Numéro: 159
Nom:
Date de naissance: 1992/06/06
Age: 11
Sexe: Masculin

Résultats

Tendances aux Phobies (Sociale et Spécifiques)	2 /08	<input type="radio"/>
Tendances à l'Anxiété de Séparation	0 /06	<input type="radio"/>
Tendances à l'Anxiété Généralisée	4 /16	<input type="radio"/>
Tendances à la Dépression/Dysthymie	3 /19	<input type="radio"/>
Tendances à l'Opposition/Provocation	2 /09	<input type="radio"/>
Tendances aux problèmes de Conduites	1 /15	<input type="radio"/>
Tendances à l'Inattention/Hyperactivité/Impulsivité	10 /18	<input checked="" type="radio"/>
Tendances à Consommer	0 /06	<input type="radio"/>
Forces et Compétences	9 /09	<input type="radio"/>
Tendances à l'Intériorisation	9 /49	
Tendances à l'Extériorisation	13 /42	
Grand Total	22 /91	

Légende



Il n'y a pas de problème



Il y a peut-être un problème



Il y a un problème

Attention : ceci n'est pas une évaluation clinique; un avis professionnel est requis.

Tendances aux Phobies (Sociale et Spécifiques)

Peur:

- 02. 0 des petites bêtes
- 05. 1 du noir
- 09. 0 du dentiste
- 13. 0 des orages
- 26. 0 des hauteurs
- 31. 0 des araignées
- 38. 1 des ascenseurs
- 68. 0 des filles (garçons)

Tendances à l'Anxiété de Séparation

- 14. 0 Peur que les parents aient un accident
- 22. 0 Difficile quand les parents se disputent
- 29. 0 Peur de perdre ses parents (mère malade)
- 33. 0 Peur que les parents se séparent
- 37. 0 Difficile quand les parents partent
- 47. 0 Peur qu'un malheur (feu) le(la) sépare des parents

Tendances à l'Anxiété Généralisée

- 04. 0 A du mal à se détendre
- 07. 0 Peur de n'être pas bon(ne) en sport
- 08. 1 A du mal à écouter à l'école
- 10. 0 Cauchemars
- 16. 0 Peur de n'avoir pas d'ami(e)s
- 17. 0 A de la difficulté à finir son travail
- 18. 0 Inquiet(ète) de son apparence
- 19. 0 Colères
- 23. 1 Peur d'avoir un accident
- 25. 1 Peur de se perdre
- 27. 0 *Fâché(e) et de mauvaise humeur*
- 35. 1 Peur d'être malade
- 40. 0 Tout le temps fatigué(e)
- 41. 0 Peur de n'être pas bon(ne) à l'école
- 44. 0 Peur d'être attaqué(e)
- 45. 0 A du mal à dormir

Tendances à la Dépression/Dysthymie

- 08. 1 A du mal à écouter à l'école
- 17. 0 A de la difficulté à finir son travail
- 19. 0 Colères
- 27. 0 Fâché(e) et de mauvaise humeur
- 40. 0 Tout le temps fatigué(e)
- 42. 0 Bouge beaucoup
- 45. 0 A du mal à dormir
- 49. 0 Tout l'enluis (fête)
- 53. 0 Tout le temps triste
- 56. 0 A grossi
- 61. 0 Tout est nul (plage)
- 64. 0 A maigri
- 67. 1 Agité(e) et distrait(e)
- 70. 0 Perd le goût de s'amuser (banc)
- 75. 0 A des fois envie de mourir
- 77. 0 Se sent coupable, bon(ne) à rien
- 81. 0 Pense à la mort
- 88. 1 A du mal à choisir
- 89. 0 S'endort un peu partout

Numéro de Fichier : 159

Attention : ceci n'est pas une évaluation clinique; un avis professionnel est requis.

Dominique Interactif copyright 2002. Tous droits réservés.

Mes opinions

Consignes :

Ce questionnaire présente la liste de différentes attitudes ou opinions que les gens ont parfois. Lis attentivement **CHAQUE** énoncé et décide jusqu'à quel point tu es en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Pour chacune de ces attitudes, indique ta réponse en plaçant un X sous la colonne qui DÉCRIT LE MIEUX CE QUE TU PENSES. Sois certain(e) de choisir seulement une réponse pour chaque attitude. Puisque les gens sont différents, **il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses** à ces énoncés. Pour décider si une attitude donnée est typique de ta façon de voir les choses, garde simplement en tête ce que tu es la plupart du temps.

Attitudes	Complètement D'ACCORD	Très d'accord	Un peu d'accord	Neutre	Un peu en désaccord	Très en désaccord	Complètement en DÉSACCORD
1. Si j'échoue en partie, c'est aussi pire que d'échouer complètement.							
2. Si tu déplaïs aux autres, tu ne peux être heureux(se).							
3. Je devrais être heureux(se) tout le temps.							
4. Les gens auront probablement une moins bonne opinion de moi si je fais une erreur.							
5. Mon bonheur dépend plus des autres que de moi.							
6. Je devrais toujours contrôler <i>totale</i> ment mes émotions							
7. Ma vie est gâchée si je n'ai pas de succès.							
8. Ce que les gens pensent de moi est très important.							
9. Je devrais être capable de résoudre mes problèmes rapidement et sans gros effort.							

Ma famille

Consignes :

Il y a 45 énoncés dans ce questionnaire qui décrivent des situations familiales. Tu dois décider si ces énoncés sont vrais ou faux pour ta famille.

Cependant, un énoncé peut être vrai pour certains membres de ta famille et faux pour d'autres. Alors, encercle « Vrai » si l'énoncé s'applique à la plupart des membres de ta famille ou encercle « Faux » s'il ne s'applique pas à la plupart des membres de ta famille.

Rappelle-toi que nous voulons savoir comment tu perçois ta famille. Donc, n'essaies pas d'imaginer comment les autres membres de ta famille la perçoivent.

V - Vrai OU F - Faux

1.	Les membres de la famille s'entraident et se soutiennent vraiment les uns les autres.	V	F
2.	Les membres de la famille expriment rarement leurs émotions.	V	F
3.	On se dispute beaucoup dans notre famille.	V	F
4.	Les activités de notre famille sont très soigneusement organisées.	V	F
5.	Les membres de la famille n'ont pas l'habitude de recevoir des ordres.	V	F
6.	Nous avons souvent l'air de tuer le temps à la maison.	V	F
7.	Nous pouvons nous exprimer librement à la maison.	V	F
8.	Il est rare que les membres de notre famille se mettent vraiment en colère.	V	F
9.	Nous sommes habituellement très propres et ordonnés.	V	F

Mes ami(e)s

Consignes :

Les énoncés suivants expriment des sentiments et des expériences que la plupart des gens vivent à un moment ou l'autre dans leurs relations avec leurs ami(e)s. Chaque énoncé peut être vrai ou faux pour toi.

Pour chacun de ces énoncés, fais un X dans la colonne qui correspond le plus à ton expérience. Ne choisis qu'une seule réponse par énoncé et rappelle-toi qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; c'est ton expérience qui est importante.

	Tout à fait VRAI	Assez vrai	Un peu vrai	Un peu faux	Assez faux	FAUX
1. Mes amis me donnent le soutien moral dont j'ai besoin.						
2. La plupart des autres personnes sont plus près de leurs amis que moi.						
3. Mes amis aiment que je leur dise ce que je pense.						
4. Certains amis viennent me voir quand ils ont des problèmes ou qu'ils ont besoin de conseils.						
5. Je peux compter sur mes amis pour un soutien émotionnel.						
6. Si je sentais qu'un ou plusieurs de mes amis étaient fâchés, mal à l'aise ou bouleversés face à moi, je garderais ça pour moi.						
7. Je me sens à l'écart dans mon groupe d'amis.						
8. Il y a un ami vers qui je pourrais aller si je me sentais triste, sans me sentir bizarre après.						

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2008). Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents: A developmental psychopathology perspective. Dans J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (dir.), *Handbook of depression in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Abela, J. R. Z., & Sullivan, C. (2003). A test of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 23(4), 384-404. DOI: 10.1177/0272431603258345
- Achenbach, T.M. (1991). *Child behavior checklist. Manual for the teacher's report form and profile*. Burlington (VT): University of Vermont.
- Adewuya, A. O., & Ologun, Y. A. (2006). Factors associated with depressive symptoms in nigerian adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39(1), 105-110. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2005.08.016
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. Dans E. J. Mash & R. A. Barkley (dir.), *Child psychopathology* (pp. 279-329). NY: The Guilford Press.
- Alford, B. A., & Gerrity, D. M. (2003). The specificity of sociotropy-autonomy personality dimensions to depression vs anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 59(10), 1070-1075. DOI: 10.1002/jclp.10199
- Alloy, L. B., Black, S. K., Young, M. E., Goldstein, K. E., Shapero, B. G., Stange, J. P., Abramson, L. Y. (2012). Cognitive vulnerabilities and depression versus other psychopathology symptoms and diagnoses in early adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(5), 539-560. DOI: 10.1080/15374416.2012.703123
- Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S., & Clements, C. M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. Dans C. R. Cloninger & J. D. Maser (dir.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (Vol. xvii, pp. 499-543). Arlington, VA.: American Psychiatric Association.
- Alspaugh, J. W. (1998). Achievement loss associated with the transition to middle school and high school. *The Journal of Educational Research*, 92(1), 20-25. DOI: 10.1080/00220679809597572
- Alva, S. A., & Los Reyes, R. (1999). Psychosocial stress, internalized symptoms, and the academic achievement of Hispanic adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 14(3), 353-358. DOI: 10.1177/0743558499143004
- American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd., texte révisé). Paris: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e éd.). Arlington, VA., American Psychiatric Publishing.
- Anderson, E., & Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 275-287. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.05.004

- Andover, M. S., Izzo, G. N., & Kelly, C. A. (2011). Comorbid and secondary depression. Dans D. McKay & E. A. Storch (dir.), *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (pp. 135-153). New York, Springer.
- Ang, R., Palaiyan, M., & Goh, D. H. (2003). Comorbidity of anxiety and depression in adolescents: impact on self-esteem, interpersonal relations and hostility. *Journal of Psychology in Chinese Societies*, 4(2), 203-214.
- Angold, A., Costello, E.J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Atkinson, M., & Hornby, G. (2002). *Mental health handbook for schools*. New Fetter Lane, NY: Routledge Falmer.
- Avenevoli, S. Knight, E., Kessler, R.C., Merikangas, K.R. (2008). Dans J.R.Z. Abela, & B. L. Hankin (dir.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 6-22). New York, NY: Guilford Press.
- Avenevoli, S. A., Stolar, M., Li, J., Dieker, L., & Merikangas, K. R. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1071-1081. DOI: 10.1016/S0006-3223(01)01142-8
- Barber, K. B., & Olsen, J. A. (2004). Assessing the transitions to middle and high school. *Journal of Adolescent Research*, 19(1), 3-30. DOI: 10.1177/0743558403258113
- Barrett, P. M., Lock, S., & Farrell, L. (2005). Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(4), 539-555. DOI: 10.1177/1359104505056317
- Battin-Pearson, S., Newcomb, M. D., Abbott, R. D., Hill, K. G., Catalano, R. f., & Hawkins, J. D. (2000). Predictors of early high school dropout: a test of five theories. *Journal of Educational Psychology*, 92, 568-582. DOI: 10.1037/0022-0663.92.3.568
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, England, International Universities Press.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression : New perspectives. Dans P.J. Clayton et J.E. Barrett (dir.), *Treatment of depression : old controversies and new approaches*, (pp.256-284) New York, Raven Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychology*, 1(1), 5-37.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Book, Inc.
- Beck, R., & Perkins, T. S. (2001). Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 651-663. DOI: 10.1023/A:1012911104891
- Bee, H., & Boyd, D. (2003). *Les âges de la vie; psychologie du développement humain*. Québec: Édition du Renouveau Pédagogique.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D.S. (2009), Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V (2009).

- Psychiatric Clinic in North America*, 32 (3), 483-524. DOI: 10.1016/j.psc.2009.06.002.
- Bélanger, M., & Marcotte, D. (2013). Étude longitudinale du lien entre les changements vécus durant la transition primaire-secondaire et les symptômes dépressifs des adolescents. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 45(2), 159-172. DOI: 10.1037/a0025010
- Benner, A. D., & Graham, S. (2009). The transition to high school as a developmental process among multiethnic urban youth. *Child Development*, 80(2), 356-376. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2009.01265.x
- Bergeron, L., J.P., V., Smolla, N., Piché, G., Berthiaume, C., & St-Georges, M. (2007). Correlates of depressive disorders in the Quebec general population 6 to 14 Years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 459-474. DOI: 10.1007/s10802-007-9103-x
- Berndt, T. J. (1999). Friends' influence on students' adjustment to school. . *Educational Psychologist*, 34(1), 15-28. DOI: 10.1207/s15326985ep3401_2
- Bernstein, G. A., Warren, S. L., Massie, E. D., & Thuras, P. D. (1999). Family dimensions in anxious-depressed school refusers. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(5), 513-528. DOI: 10.1016/S0887-6185(99)00021-3
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1174-1183. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x
- Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H.-U., Beesdo, K., Hoffer, K., & Lieb, K. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *The journal of Clinical Psychiatry*, 65(5), 618-626. DOI: 10.4088/JCP.v65n0505
- Boyd, C., Gullone, E., Kostanski, M., Ollendick, T. H., & Shek, D. T. L. (2000). Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: comparisons with worldwide data. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 161(4), 479-492. DOI: 10.1080/00221320009596726
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111(2), 244-255. DOI: 10.1037/0033-2909.111.2.244
- Brendgen, M., Wanner, B., Morin, A. J., & Vitaro, F. (2005). Relations with parents and with peers, temperament, and trajectories of depressed mood during early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5), 579-594. DOI: 10.1007/s10802-005-6739-2
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., . . . Lépine, S. (1999). Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 375-384. DOI: 10.1111/1469-7610.00455
- Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P., Berthiaume, C. et St-Georges, M. (1998). Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25) in Quebec: Reliability Findings in Light of the MECA Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1167-1174.

- Brozina, K., & Abela, J. R. Z. (2006). Symptoms of depression and anxiety in children: specificity of the hopelessness theory. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 515-527. DOI: 10.1207/s15374424jccp3504_3
- Burstein, M., Beesdo-Baum, K., He, J.-P., & Merikangas, K. R. (2014). Threshold and subthreshold generalized anxiety disorder among US adolescents: prevalence, sociodemographic, and clinical characteristics. *Psychological Medicine*, 1-12. DOI: 10.1017/S0033291713002997
- Burton, E., Stice, E., & Seeley, J. R. (2004). A prospective test of the stress-buffering model of depression in adolescent girls: no support once again. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 689-697. DOI: 10.1037/0022-006X.72.4.689
- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1063-1080. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1991.tb00350.x
- Chaplin, T. M., Gillham, J. E., & Seligman, M. E. P. (2009). Gender, anxiety, and depressive symptoms ; a longitudinal study of early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 29, 307-327. DOI: 10.1177/0272431608320125
- Chorpita, B. F. (2002). The Tripartite model and dimensions of anxiety and depression: an examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(2), 177-190. DOI: 10.1023/A:1014709417132
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety; the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21. DOI: 10.1037/0033-2909.124.1.3
- Chorpita, B. F., Plummer, C. M., & Moffit, C. A. (2000). Relations of tripartite dimensions of emotion to childhood anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(3), 299-310. DOI: 10.1023/A:1005152505888
- Chung, H., Elias, M., & Schneider, K. (1998). Patterns of individual adjustment changes during middle school transition. *Journal of School Psychology*, 36, 83-101. DOI: 10.1016/S0022-4405(97)00051-4
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6-20. DOI: 10.1037/0022-006X.70.1.6
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The Development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221-241. DOI: 10.1037/0003-066X.53.2.221
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). A developmental psychopathology on adolescent depression. Dans S. Nolen-Hoeksema & L. M. Hilt (dir.) *Handbook of depression in adolescents*. New York; NY: Routledge; Taylor and Francis Group.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons Inc.
- Clark, D. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. DOI: 10.1037/0021-843X.100.3.316
- Clay, D., Vignoles, V. L., & Dittmar, H. (2005). Body image and self-esteem among adolescent girls: testing the influence of sociocultural factors. *Journal of Research on Adolescence*, 15(4), 451-477. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2005.00107.x

- Colarossi, L. G., & Eccles, J. S. (2003). Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social Work Research*, 27(1), 19-30. DOI: 10.1093/swr/27.1.19
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Dolezal, S., Murray, N., & Canzoniero, A. (1999). Children's over and underestimation of academic competence: a longitudinale study of gender differences, depression and anxiety. *Child Development*, 70(2), 469-473. DOI: 10.1111/1467-8624.00033
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, J. M., Truglio, R., & Seroczynski, A. D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 451-460. DOI: 10.1037/0022-006X.66.3.451
- Compas, B. E., Ey, S., & Grant, E. (1993). Taxonomy, assessment and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 114(2), 323-344. DOI: 10.1037/0033-2909.114.2.323
- Compas, B. E., & Oppedisano, G. (2000). Mixed anxiety/depression in childhood and adolescence. Dans A. J. Sameroff, M. Lewis & S. Miller, M. (dir.) *Handbook of developmental psychopathology* (2e éd.) (pp. 532-548). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Cooper, P. J., & Goodyer, I. (1993). A community study of depression in adolescents girls. Estimates of symptoms and syndrome prevalence. *The British Journal*, 163(3), 369-374.
- Costello, E.J., Edelbroch, C., Costello A. (1985). Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children: a comparison between psychiatric and pediatric referrals. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 579-595.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 631-648. DOI: 10.1016/j.chc.2005.06.003
- Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A., & Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders; phenomenology, prevalence, and comorbidity. Dans W. Silverman, K. & A. P. Field (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescent* (p. 56-75). UK: Cambridge University Press.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844. DOI: 10.1001/archpsyc.60.8.837.
- Cummings, E. M., Schermerhorn, A. C., Davies, P. T., Goeke-Morey, M. C., & Cummings, J. S. (2006). Interparental discord and child adjustment: prospective investigations of emotional security as an explanatory mechanism. *Child Development*, 77(1), 132-152. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2006.00861.x
- Davies, P. T., & Lindsay, L. L. (2001). Does gender moderate the effects of marital conflict on children. Dans P. T. Grych & F. D. Finchman (dir.), *Interparental conflict and child development: theory, research and applications* (p. 64-97). NY: Cambridge University Press.
- Davies, P. T., & Lindsay, L. L. (2004). Interparental conflict and adolescent adjustment; why does gender moderate early adolescent vulnerability. *Journal of Family Psychology*, 18(1), 169-170. DOI: 10.1037/0893-3200.18.1.160

- Devine, A., Fawcett, K., Szűcs, D., & Dowker, A. (2012). Gender differences in mathematics anxiety and the relation to mathematics performance while controlling for test anxiety. *Behavioral and Brain Functions*, 8(1), 33. DOI: 10.1186/1744-9081-8-33. Récupéré de : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1744-9081-8-33.pdf>
- De Witt, D. J., Karioja, K., Rye, B. J., & Shain, M. (2011). Perception of declining classmate and teacher support following the transition to high school: potential correlates of increasing student mental health. *Psychology in the Schools*, 48(6), 556-572. DOI: 10.1002/pits.20576
- Demaray, M. K., & Malecki, C. K. (2002). Critical levels of perceived social support associated with student adjustment. *School Psychology Quarterly*, 17(3), 213-241. DOI: 10.1521/scpq.17.3.213.20883
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Derry, P. A., & Kuiper, N. A. (1981). Schematic processing and self-reference in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(4), 286-297. DOI: 10.1037/0021-843X.90.4.286
- Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In K. S. Dobson (dir.), *Risk factors in depression* (p. 121-143). San Diego, CA.: Elsevier Academic Press.
- Drake, K.L., Ginsburg, G.S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 15, 144-162 DOI 10.1007/s10567-011-0109-0
- Duchesne, S., Larose, S., Guay, F., Tremblay, R. E., & Vitaro, F. (2005). The transition from elementary to high school: the pivotal role of family and child characteristics in explaining trajectories of academic functioning. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 409-417.
- Dumas, J. E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles: De Boeck.
- Dumas, J.E. (2008). *L'enfant anxieux, comprendre la peur de la peur et redonner courage*. Bruxelles : De Boeck.
- Dumont, M., Leclerc, D., & Deslandes, R. (2003). Ressources personnelles et détresse psychologique en lien avec le rendement scolaire et le stress chez des élèves de quatrième secondaire. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 35(4), 254-267. DOI: 10.1037/h0087206
- Eberhart, N.K., Hammen, C.L. (2008). Interpersonal predictors of onset of depression during transition to adulthood. *Personal Relationships*, 13, 195-206. DOI : 10.1111/j.1475-6811.2006.00113.x
- Eccles, J. S. (2004). Schools, academic motivation and stage environment fit. Dans R. M. Lerner & L. Steinberg (dir.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 125-153). Hoboken, NJ: John Wiley And Sons.
- Eccles, J.S., Midgley, C. (1990). Changes in academic motivation and self perception during early adolescence. Dans R. Montemayor, G.R., Adams, et T.P. Guillota (dir.) *From childhood to adolescence : A transitional period?* (p.134-155). CA: Sage Publications:
- Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M., Reuman, D., Flanagan, C., & MacIver, D. (1993). Development during adolescence the impact of stage-

- environment fit on young adolescents' experiences in schools and in families. *American Psychologist*, 48(2), 90-101. DOI: 10.1037/0003-066X.48.2.90
- Eccles, J. S., & Roeser, R. W. (2011). School as developmental contexts during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 225-241. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2010.00725.x
- Eccles, J. S., Wigfield, A., & Schiefele, U. (1998). Motivation to succeed. Dans W. Damonet & N. Eisenberger (dir.), *Handbook of psychology*, 5th Edition (Vol. 3, p. 1017-1095). New York, NY: Wiley.
- Ehrenreich-May, J., & Chu, B. C. (2013). *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice*. New York, NY: Guilford Publications.
- Ehrenreich, J.T., Goldstein, C.M., Wright, L.R., & Barlow, D.H. (2009). Development of a unified protocol for the treatment of emotional disorders in youth. *Child & family Behavior Therapy* 31(1), 20-37. DOI: 10.1080/2F07317100802701228
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034.
- Essau, C. A. (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety*, 18(1), 1-6. DOI: 10.1002/da.10107
- Essau, C. A., & Chang, W., C. . (2009). Epidemiology, comorbidity and course of adolescent depression. Dans C. A. Essau (dir.), *Treatment for adolescent depression* (pp. 3-26). London: Oxford University Press.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263-279. DOI: 10.1016/S0887-6185(99)00039-0
- Essau, C. A., Ishikawa, S.-I., Sasagawa, S., Sato, H., Okajima, I., Otsui, K., . . . Michie, F. (2011). Anxiety symptoms among adolescents in Japan and England: Their relationship with self-construals and social support. *Depression and Anxiety*, 28(6), 509-518. DOI: 10.1002/da.20819
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Olaya, B., & Seeley, J. R. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders*, 163, 125-132. DOI: 10.1016/j.jad.2013.12.033
- Farchione, T.J., Fairholme, c.P., Blard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Holland, J., Carl, J.R., Gallagher, M.W., Barlow, D.H. (2012). Unified protocol transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43, 666-678.
- Fernandez-Castillo, A., & Gutiérrez-Rojas, M. E. (2009). Selective attention, anxiety, depressive symptomatology and academic performance in adolescents. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 17(7), 49-76.
- Flannery-Schroeder, E. C. (2006). Reducing anxiety to prevent depression. *American Journal Preventive Medicine*, 31(6), S136-S142. DOI: 10.1016/j.amepre.2006.07.006
- Fortin, L., Marcotte, D., Diallo, T., Potvin, P., & Royer, É. (2013). A multidimensional model of school dropout from an 8-year longitudinal study in a general high school population. *European Journal of Psychology of Education*, 28(2), 563-583. DOI: 10.1007/s10212-012-0129-2
- Franco, X., Saavedra, L. M., & Silverman, W. K. (2007). External validation of comorbid patterns of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 717-729. DOI: 10.1016/j.janxdis.2006.10.002

- Freudenthaler, H. H., Spinath, B., & Neubauer, A. C. (2008). Predicting school achievement in boys and girls. *European Journal of Personality*, 22, 231-245. DOI: 10.1002/per.678/abstract
- Fröjd, A. A., Nissen, J. B., Pelkonen, M. U. I., Marttunen, M. J., Koivisto, A.-M., & Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31, 485-498. DOI: 10.1016/j.adolescence.2007.08.006
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, 63(1), 103-115. DOI: 10.2307/1130905
- Gagné, M.-È., & Marcotte, D. (2010). Effet médiateur de l'expérience scolaire sur la relation entre la dépression et le risque de décrochage scolaire chez les adolescents vivant la transition primaire-secondaire. *Revue de Psychoéducation*, 39, 27-44.
- Gagné, M.-È., Marcotte, D., & Fortin, L. (2011). L'impact de la dépression et de l'expérience scolaire sur le décrochage scolaire des adolescents. *Revue canadienne de l'éducation*, 34(2), 77-92.
- Gallerani, C. M., Garber, J., & Martin, N. C. (2010). The temporal relation between depression and comorbid psychopathology in adolescents at varied risk for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 242-249. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02155.x
- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 293-306. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x
- Garnefsi, N., Legerstee, J., Kraaij, V., & Van den Kommer, T. à., J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25(6), 603-611. DOI: 10.1006/jado.2002.0507
- Gaspar de Matos, M., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2003). Anxiety, depression and peer relationship during adolescence: results from the portuguese national health behaviour in scholl-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18(1), 3-14.
- Gillison, F., Standage, M., & Skevington, S. (2008). Changes in quality of life and psychological need satisfaction following the transition to secondary school. *British Journal of Educational Psychology*, 78, 149-162. DOI: 10.1348/000709907X209863
- Glowinski, A. L., Madden, P. A. P., Bucholz, K. K., Lynskey, M. T., & Heath, A. C. (2003). Genetic epidemiology of self-reported lifetime DSM-IV major depressive disorder in a population-based twin sample of female adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44(7), 988-996.
- Gonzalez-Tejera, G., Canino, G., Ramirez, R., Chávez, L., Shrout, P., Bird, H., Bauermeister, J. (2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 888-899. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2005.00370.x
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Goodman, S.H., M.H. Rouse, A.M. Connell, M. Robbins Broth, C.M. Hall &

- D. Heyward (2011). Maternal depression and child psychopathology : A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 14, 1-27.
- Goodyer, I. M. (2001). Life events: their nature and effects. Dans I. M. Goodyer (dir.), *The depressed child and adolescent* (p. 204-232). UK: Cambridge University Press.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 90-100. DOI: 10.1037/0022-006X.63.1.90
- Graber, J. A. (2004). Internalizing problems during adolescence. Dans R. M. Lerner & L. Steinberg (dir.), *Handbook of adolescent Psychology* (p. 642-682). Hoboken, NJ: John Wiley And Sons.
- Graber, J. A., & Sontag, L. M. (2009). Internalizing problems during adolescence. Dans M. Lerner & L. Steinberg (dir.), *Handbook of adolescent psychology* (p. 642-682). NJ: John Wiley and Sons.
- Graczyk, P. A., Connolly, S. D., & Corapci, F. (2005). Anxiety disorders in children and adolescents; Theory, treatment, and prevention. Dans T. P. Gullota & G. R. Adams (dir.), *Handbook of adolescents behavioral problems* (p. 131-157). New London, CT.: Springer.
- Guberman, C., & Manassis, K. (2011). Symptomatology and family functioning in children and adolescents with comorbid anxiety and depression. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(3), 186-195.
- Hall-Lande, J. A., Eisenberg, M. E., Christenson, S. L., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. *Adolescence*, 42(166), 265-290.
- Hammen, C. L. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 555-561. DOI: 10.1037/0021-843X.100.4.555
- Hammen, C. L. (2000). Interpersonal factors in an emerging developmental model of depression. Dans S. L. Johnson, A. M. Hayes, T. M. Field, N. Schneiderman & P. M. McCabe (dir.), *Stress, coping and depression* (p. 71-88). Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Hammen, C.L., Breenan, P.A., Keenan-Miller, D., & Herr, N.R. (2008). Early onset recurrent subtype of adolescent depression: clinical and psychosocial correlates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 433-440. DOI:10.1111/j.1469-7610.2007.01850.x
- Hammen, C. L., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders . Dans J. E. Mash & R. A. Barkley (dir.), *Child Psychopathology* (p.233-278). NY: The Guilford Press.
- Hankin, B.L. (2006). Adolescent depression: description, causes, and interventions. *Epilepsy and Behavior*, 8, 102-114.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N., & Haeffel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: examining affective specificity in the prediction versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, 28(3), 309-345. DOI: 10.1023/B:COTR.0000031805.60529.0d
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 107(1), 128-140. DOI: 10.1037/0021-843X.107.1.128

- Hankin, B. L., Mermelstein, R., & Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: stress exposure and reactivity models. *Child Development*, 78(1), 279-295. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2007.00997.x
- Harter, S., Whitesell, N., & Kowalski, P. (1992). Individual differences in the effects of educational transitions on young adolescents' perceptions of competence and motivational orientation. *American Educational Research Journal*, 29, 777-807. DOI: 10.2307/1163407
- Hecht, D. B., Inderbitzen, H. M., & Bukowski, A. L. (1998). The relationship between peer status and depressive symptoms in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(2), 153-160. DOI: 10.1023/A:1022626023239
- Huppert, J. D. (2009). Anxiety disorders and depression comorbidity. Dans M. M. Anthony & M. B. Stein (dir.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (p. 576-586). New York, NY: Oxford University Press.
- Ibarra-Rovillard, M. S., & Kuiper, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression : perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review*, 31, 342-352. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2005.00105.x
- Jacques, H. A. K., & Mash, E. J. (2004). A test of the tripartite model of anxiety and depression in elementary and high school boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(1), 13-25. DOI: 10.1023/B:JACP.0000007577.38802.18
- Johnson, H. S., Inderbitzen-Nolan, H. M., & Schapman, A. M. (2005). A comparison between socially anxious and depressive symptomatology in youth: a focus on perceived family environment. *Anxiety Disorders*, 19, 423-442. DOI: 10.1016/j.janxdis.2004.04.004
- Joiner, T.E. Jr., G. Metalsky, F. Gencoz , & T. Gencoz (2001). The relative specificity of excessive reassurance-seeking to depression in clinical samples of adults and youth, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, p. 35-42.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., & Rantanen, P. (1998). School performance and self-reported depressive symptoms in middle adolescence. *Psychiatria Fennica*, 29, 40-49.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rantanen, P., & Laippala, P. (2001). Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders*, 64, 155-166.
- Karlsson, L., Pelkonen, M., Ruutu, T., Kiviruusu, O., Heil:a, H., Holli, M., . . . Marttunen, M. (2006). Current comorbidity among consecutive adolescent psychiatric DSM-IV mood disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 220-231. DOI: 10.1007/s00787-006-0526-7
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Keating, D. P. (2004). Cognitive and brain development. Dans R. M. Lerner & L. Steinberg (dir.), *Handbook of adolescence psychology* (p. 45-84). Hoboken, NJ.: John Wiley And Sons Inc.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald, S.P., & Andreasen, N.C. (1987). The longitudinal interval follow-up evaluation: A

- comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 44, 540-548.
- Kendall, P. C., Hedkte, K. A., & Aschenbrand, S. G. (2006). Anxiety disorders. Dans D. A. Wolfe & E. J. Mash (dir.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents* (p. 259-299). NY: The Guilford Publication.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K.R.(2001). Mood disorder in children and adolescent: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49. DOI: 10.1016/S0006-3223(01)01129-5
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruiber, M. J., . . . Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, persistence and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 372-380. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.160
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffit, T. E., Harrington, H. L., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709-717. DOI: 10.1001/archpsyc.60.7.709.
- Kingery, J. N., Erdley, C. A., & Marshall, K. C. (2006). Peer acceptance and friendship as predictors of early adolescent's adjustment across middle school transition. *Merrill-Palmer Quarterly*, 57(3), 216-243.
- Kirkcaldy, B. D., Eysenck, M., Furnham, A. F., & Siefen, G. (1998). Gender, anxiety and self-image. *Personality and Individual Differences*, 24(5), 677-684. DOI: 10.1016/S0191-8869(97)00226-2
- Klein, D. N., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Shankman, S. A. (2003). Family study of co-morbidity between major depressive disorder and anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 33, 703-714. DOI: 10.1017/S0033291703007487
- Kostanski, M., & Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), 255-262. DOI: 10.1017/S0021963097001807
- Kouros, C. D., Quasem, S., & Garber, J. (2013). Dynamic temporal relations between anxious and depressive symptoms across adolescence. *Development and Psychopathology*, 25, 683-697. DOI: 10.1017/S0954579413000102
- Kovacs, M., & Devlin., B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 47-63. DOI: 10.1017/S0021963097001765
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood: IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46(9), 776-782. DOI: 10.1001/archpsyc.1989.01810090018003
- Lam, S.-F., Juimerson, S., Kikas, E., Cefai, C., Veiga, F., B., N., . . . Zollneritsch, J. (2012). Do girls and boys perceive themselves as equally engaged in school? The results of an international study from 12 countries. *Journal of School Psychology*, 50, 77-94. DOI: 10.1016/j.jsp.2011.07.004
- Lanson, A., & Marcotte, D. (2012). Relations entre les symptômes dépressifs, la perception du soutien social et les distorsions cognitives des adolescents dans le contexte de la transition primaire-secondaire. *Canadian Journal of Behavioral Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(3), 231-243. DOI: 10.1037/a0025722p

- Laurent, J., & Stark, K. D. (1993). Testing the cognitive content-specificity hypothesis with anxious and depressed youngsters. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(2), 226-237. DOI: 10.1037/0021-843X.102.2.226
- Leitenberg, H., Yost, L.W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 528-536.
- Lester, L., Waters, S., & Cross, D. (2013). The relationship between school connectedness and mental health during the transition to secondary school; a path analysis. *Australian Journal of Guidance and Counselling, 23*(2), 157-171. DOI: 10.1017/jgc.2013.20
- Lévesque, N., & Marcotte, D. (2009). Le modèle diathèse-stress de la dépression appliqué à une population d'adolescents. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 59*, 177-185. DOI: 10.1016/j.erap.2009.03.003
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorder and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(1), 109-117. DOI: 10.1037/0021-843X.107.1.109
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence and depression and other DSM-III R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 133-144. DOI: 10.1037/0021-843X.102.1.133
- Lewinsohn, P. M., Joiner, J. T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 203*-215. DOI: 10.1037/0021-843X.110.2.203
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 510-519. DOI: 10.1097/00004583-199504000-00018
- Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. (1994). Natural course of adolescent psychopathology ; psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(2), 302-315. DOI: 10.1037/0021-843X.103.2.302
- Lewinsohn, P. M., Shankman, S. A., & Gau, J. M. (2004). The prevalence and comorbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychological Medicine, 34*, 613-622. DOI: 10.1017/S0033291703001466
- Licitra-Kleckler, D. M., & Waas, G. A. (1993). Perceived social support among high-stress adolescents: the role of peers and family. *Journal of Adolescent Research, 8*(4), 381-402.
- Lin, H.-C., Tang, T.-Z., Yen, J.-Y., K'o, C.-H., Huang, C.-F., Liu, S.-C., & Yen, C.-F. (2008). Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9586 adolescents in southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62*(4), 412-420. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2008.01820.x
- Little, S. A., & Garber, J. (2004). Interpersonal and achievement orientations and specific stressors predict depressive and aggressive symptoms. *Adolescent Research, 19*(1), 63-84. DOI: 10.1177/0743558403258121
- Lovejoy, M.C., P.A. Graczyk, E. O'Hare et G. Neuman (2000). Maternal depression

- and parenting behavior : A meta-analytic review, *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Liu, Y.-A. (2002). The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting taiwanese adolescents depressive tendency. *Adolescence*, 37(148).
- M.K., D., Malecki, C. K., Davidson, L. M., Hodgson, K. K., & Rebus, P. J. (2005). The relationship between social support and student adjustment: a longitudinal analysis. *Psychology in the Schools*, 42(7). DOI: 10.1002/pits.20120
- Ma, X. (1999). A meta-analysis of the relationship between anxiety toward mathematics and achievement in mathematics. *Journal for Research in Mathematics Education*, 30(5), 520-540. DOI: 10.2307/749772
- Manz, R., Junge, J., & Margraf, J. (2001). Anxious and depressive symptoms in adolescents: epidemiological data of a large scale study in Dresden. *Sozial-und Präventivmedizin*, 46(2), 115-122.
- Marcotte, D. (1995). L'influence des disorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents de milieux scolaire. *Revue québécoise de psychologie*, 16(3), 109-132.
- Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. Tome I. (p. 221-270). Sainte-Foy, Qc.: Presses de L'Université du Québec.
- Marcotte, D. (2006). *PARE-CHOCS, programme d'intervention auprès d'adolescents dépressifs*, Manuel de l'animateur et Cahier du participant, Québec, Septembre éditeur.
- Marcotte, D. (2009). Les facteurs prédicteurs de l'émergence du trouble dépressif pendant la transition primaire-secondaire. *Revue québécoise de psychologie*, 30, 37-56.
- Marcotte, D. (2013). *La dépression chez les adolescents*. QC.: Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Cournoyer, M., Gagné, M.-È., & Bélanger, M. (2005). Comparaison des facteurs personnels, scolaires et familiaux associés aux troubles intériorisés à la fin du primaire et au début du secondaire. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 57-67.
- Marcotte, D., Fortin, L., Royer, É., Potvin, P., & Leclerc, D. (2001). L'influence du style parental, de la dépression et des troubles de comportement sur le risque. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(3), 687-712. DOI: 10.7202/009970ar
- Marcotte, D., Lévesques, N., & Fortin, L. (2006). Variations of cognitive distortions and school performance in depressed and non depressed high school adolescents; a two year longitudinal study. *Cognitive Therapy Ressources*, 30, 211-225. DOI: 10.1007/s10608-006-9020-2
- Mathew, A. R., Petit, J. W., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Roberts, R. E. (2011). Co-morbidity between major depressive disorder and anxiety disorders: shared etiology or direct causation? *Psychological Medicine*, 41(10), 2023-2034. DOI: 10.1017/S0033291711000407
- Mazzone, L., Ducci, F., Scoto, M. C., Passaniti, E., Genitori D'Arrigo, V., & Vitiello, B. (2007). The role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents. *BioMedCentral Public Health*, 7, 347. DOI: 10.1186/1471-2458-7-347

- McClure, E. B., Parrish, J. M., Rilling, J. K., Ernst, M., & Pine, D. S. (2007). Responses to conflict and cooperation in adolescents with anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), 567-577. DOI: 10.1007/s10802-007-9113-8
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(1), 50-59. DOI: 10.1097/00004583-199201000-00009
- McLaughlin, K. A., & Hatzenbuehler, M. L. (2009). Stressful life events, anxiety sensitivity, and internalizing symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 659-669. DOI: 10.1037/a0016499
- Meece, J. L., Glienke, B. B., & Burg, S. (2006). Gender and motivation. *Journal of School Psychology*, 44(5), 351-373. DOI: 10.1016/j.jsp.2006.04.004
- Merikangas, K. J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National comorbidity study-adolescents supplement (NCS-A). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Middeldorp, C. M., Cath, D. C., Van Dyck, R., & Boomsma, D. I. (2005). The comorbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology: A review of twin and family studies. *Psychological Medicine*, 35, 611-624.
- Midgley, C., Middleton, M. J., Gheen, M. H., & Kumar, R. (2002). Stage-environment fit revisited: A goal theory approach to examining school transitions. Dans C. Midgley (dir.), *Goals, goal structures, and patterns of adaptive learning*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Moffit, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder; cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of General Psychiatry*, 64, 651-660. DOI: 10.1001/archpsyc.64.6.651.
- Moksnes, U. K., Moljord, I. E. O., Espnes, G. A., & Byrne, D. G. (2010). The association between stress and emotional states in adolescents: The role of gender and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 430-435. DOI: 10.1016/j.paid.2010.04.012
- Murberg, T. A., & Bru, E. (2004). Social support, negative life events and emotional problems among norwegian. *School Psychology International*, 25(4), 387-403. DOI: 10.1177/014303430404048775
- Muris, P., Roelofs, J., & Meesters, C. (2004). Rumination and worry in nonclinical adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 539-554.
- Muris, P., & Field, A. P. (2008). Distorted cognition and pathological anxiety in children and adolescents. *Cognition and Emotion*, 22(3), 395-421. DOI: 10.1080/02699930701843450
- Muroff, J., & Ross, A. (2011). Social disability and impairment in childhood anxiety. Dans D. McKay & E. A. Storch (dir.), *Handbook of child and Adolescent anxiety disorders* (pp. 457-478). New York, Springer.
- Newman, B. M., Newman, P. R., Griffen, S., O'Connor, K., & Spas, J. (2007). The relationship of social support to depressive symptoms during the transition to high school. *Adolescence*, 42(167), 441-459.

- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression. *Psychological Bulletin, 115*(3), 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. M. (2009). *Gender differences in depression*, New York, The Guilford Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*(5), 400-424. DOI: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- O'Neil, K. A., Podell, J. L., Benjamin, C. L., & Kendall, P. C. (2010). Comorbid depressive disorders in anxiety-disordered youth: demographic, clinical, and family characteristics. *Child Psychiatry and Human Development, 41*, 330-341. DOI: 10.1007/s10578-009-0170-9
- Orvaschel, J. Puig-Antich, W. Chambers, M.A. Tabrizi, R. Johnson (1982). Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-SADS-EJ. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 21*, pp. 392-397
- Owens, M., Stevenson, J., Hadwin, J. A., & Norgate, R. (2012). Anxiety and depression in academic performance: An exploration of the mediating factors of worry and working memory. *School Psychology International, 33*(4), 433-440. DOI: 10.1177/0143034311427433
- Pine, D. S. (1994). Child adult anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 280-281.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry, 55*(1), 56-64. DOI: 10.1001/archpsyc.55.1.56
- Poirier, M., Marcotte, D., Joly, J. and Fortin, L. (2013). Program and implementation effects of a cognitive-behavioural intervention to prevent depression among adolescents at risk of school dropout exhibiting high depressive symptoms. *Educational Research and Evaluation, 19*(6), 561-577.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family. *American Journal of Community Psychology, 11*(1), 1-23. DOI: 10.1007/BF00898416
- Ramirez, S. Z., Feeney-Kettler, K. A., Flores-Torres, L., Kratochwill, T. R., & Morris, R. J. (2006). Fears and anxiety disorders. Dans G. G. Bear, K. M. Minke, & A. Thomas (dir.), *Children's needs III: Development, prevention, and intervention*. (p. 267-279). Washington, DC, US: National Association of School Psychologists.
- Rao, U., & Chen, L.-A. (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogue in Clinical Neurosciences, 11*(1), 47-62.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 311-342. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628
- Reinherz, H. Z., Giacona, R. M., Silverman, A. B., Friedman, A., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and

- attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 599-611. DOI: 10.1097/00004583-199505000-00012
- Reinherz, H. Z., Paradis, A., Giacona, R. M., Stashwick, C. K., & Fitzmaurice, G. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *American Journal of Psychiatry* 160(12), 2141-2147. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.12.2141
- Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Paradis, A. D., Beardslee, W. R., Szigethy, E. M., & Bond, A. E. (2006). Depressive disorder. Dans C. A. Essau (dir.), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 113-139). NY: Routledge/Taylor Francis Group.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1998). *The Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1985). *Revised Children Manifest Anxiety Scale Manual*. Los Angeles: Western Publisher Service.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B.O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Rice, F., van den Bree, M. B. M., & Thapar, A. (2004). A population-based study of anxiety as a precursor for depression in childhood and adolescence. *BioMedCentral Psychiatry*, 4(43), 1-11. DOI: 10.1186/1471-244X-4-43
- Richard, R. et Marcotte, D. (2013). La relation temporelle entre l'anxiété et la dépression dans le contexte de la transition primaire-secondaire. *Santé Mentale au Québec*, 38 (2), 257-275. DOI: 10.7202/1023999ar
- Richard, R. et Marcotte, D. (2015) Les facteurs associés à la concomitance entre l'anxiété et la dépression chez de jeunes adolescents. *Revue canadienne de l'éducation*, 38(1), 1-23
- Rietveld, S., Prins, P. J. M., & van Beest, I. (2002). Negative thoughts in children with symptoms of anxiety and depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(2), 107-113. DOI: 10.1023/A:1015340808609
- Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (2000). Schooling and mental health. Dans A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (dir.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed (pp. 135-156) Dordrecht, Netherlands, Kluwer Academic Publishers.
- Ronan, K. R., Kendall, P. C., & Rowe, M. (1994). Negative affectivity in children: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 18(6), 509-528. DOI: 10.1007/BF02355666
- Rose, A.J., & Rudolph, K.D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 132(1), 98-133. DOI: 10.1037/0033-2909.132.1.98
- Roza, F., Hofstra, M. B., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young Adulthood. *American Journal of Psychiatry* 160(12), 2116-2121. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.12.2116
- Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescence Health*, 30(4), 3-13. DOI: 10.1016/S1054-139X(01)00383-4
- Rudolph, K. D. (2009a). Adolescent depression. Dans I. H. Gotlib & C. L. Hammen (dir. *Handbook of depression* (p. 444-466). New York, NY: The Guilford Press.

- Rudolph, K. D. (2009b). The interpersonal context of adolescent depression. Dans S. Nolen-Hoeksema & L. M. Hilt (dir.), *Handbook of depression in adolescents* (p. 337-417). NY: Routledge.
- Rudolph, K. D., Flynn, M., & Abaied, J. L. (2008). A developmental perspective on interpersonal theories of youth depression. Dans J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (dir.), *Handbook of depression in children and adolescents* (p. 79-102), New York, NY: The Guilford Press.
- Rudolph, K. D., & Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child Development*, 70(3), 660-677. DOI: 10.1111/1467-8624.00048
- Rudolph, K. D., Hammen, C., & Daley, S. E. (2006). Mood disorders. Dans D. A. Wolfe & E. J. Mash (dir.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents; nature, assessment and treatment* (p. 300-342), New York, NY: The Guilford Press.
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2008). Gender differences in the relationship between perceived social support and student adjustment during early adolescence. *School Psychology Quarterly*, 23(4), 496-514. DOI: 10.1037/1045-3830.23.4.496
- Rueter, M. A., Scaramella, L., Wallace, L. A., & Conger, R. D. (1999). First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements. *Archives of General Psychiatry*, 56(8), 726-732. DOI: 10.1001/archpsyc.56.8.726
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 276-295. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x
- Sallinen, M., Rönkä, A., Kinnunen, U., & Kokko, K. (2007). Trajectories of depressive mood in adolescents: Does parental work or parent-adolescent relationship matter? A follow-up study through junior high school in Finland. *International Journal of Behavioral Development*, 31(2), 181-190. DOI: 10.1177/01650
- Schleider, J. L., Klause, E. D., & Gillham, J. E. (2014). Sequential comorbidity of anxiety and depression in youth: present knowledge and future direction. *Current Psychiatry Reviews*, 10(1), 1-13. Repéré à : http://www.jessicaschleider.com/uploads/2/1/8/4/21847128/schleider_krause_gillham_in_press.pdf
- Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2004). The Relationship between automatic thoughts and negative emotions in children and adolescents: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3), 464-470. DOI: 10.1037/0021-843X.113.3.464
- Seager, L., Rowley, A.M., & Ehrenreich-May, J. (2014). Targeting common factors across anxiety and depression using the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Rational Cognitive-Behavioral Therapy*, 32, 67-83. DOI: 10.1007/s10942-014-0185-4
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(2), 125-144. DOI: 10.1023/A:1021887712873

- Shahar, G., Henrich, C., Winokur, A., Blatt, S. J., Kuperminc, G. P., & Leadbeater, B. J. (2006). Self-criticism and depressive symptomatology interact to predict middle school achievement. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 147-155. DOI: 10.1002/jclp.20210
- Shanahan, L., Copeland, W., Costello, E. J., & Angold, A. (2008). Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescent. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 34-42. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01822.x
- Shell, M. D., Gazelle, H., & Faldowski, R. A. (2014). Anxious solitude and the middle school transition; a diathesis x stress model of peer exclusion and victimization trajectories. *Developmental Psychology*, 50(5), 1569-1583. DOI: 10.1037/a0035528
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Ham, D., & Montague, R. (2006). School connectedness is an underemphasized parameter in adolescent mental health; results of a community prediction study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 170-179. DOI: 10.1207/s15374424jccp3502_1
- Simmons, R. G., & Blyth, D. A. (1987). *Moving into adolescence: the impact of pubertal change and school context*. Hawthorne, New Jersey, Aldine de Gruyter.
- Sorensen, M. J., Nissen, J. B., Mors, O., & Thomsen, P. H. (2005). Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: An incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of Affective Disorders*, 84(1), 85-91. DOI: 10.1016/j.jad.2004.09.003
- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(5), 527-547. DOI: 10.1007/BF00911106
- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Laurent, J., Livingston, R., & Christopher, J. (1993). Cognitive, behavioral, and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 878-886. DOI: 10.1037/0022-006X.61.5.878
- Starr, L. R., & Davila, J. (2012). Responding to anxiety with rumination and hopelessness: mechanism of anxiety-depression symptom co-occurrence? *Cognitive Therapy and Research*, 36, 321-337. DOI: 10.1007/s10608-011-9363-1
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 155-159. DOI: 10.1037/0021-843X.113.1.155
- Strauss, C. C., Last, C. G., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1988). Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16(1), 57-68. DOI: 10.1007/BF00910500
- Sutton, J. M., Mineka, S., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Griffith, J. W., Rose, R. D., Mor, N. (2011). The Relationships of personality and cognitive styles with self-reported symptoms of depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 381-393. DOI: 10.1007/s10608-010-9336-9
- Turgeon, L., & Brousseau, L. (2001). *Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes*. Sainte-Foy, QC. : Presses de l'Université du Québec.
- Vasey, M. W., & Macleod, C. (2001). Information-processing factors in childhood anxiety: A review and developmental perspective. Dans M. W. Vasey & M. R. Dadds

- (dir.), *The developmental psychopathology of anxiety*. New York, NY: Oxford University Press.
- Wade, T. J., Cairney, J., & Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National Panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 190-198. DOI: 10.1097/00004583-200202000-00013
- Wang, M.-T., & Eccles, J. S. (2012). Social support matters: longitudinal effects of social support on three dimensions of school engagement from middle to high school. *Child Development*, 83(3), 877-895. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2012.01745.x
- Weems, C. F., Berman, L. S., Silverman, W. K., & Saavedra, L. M. (2001). Cognitive errors in youth with anxiety disorders: the linkages between negative cognitive errors and anxious symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 559-575. DOI: 10.1023/A:1005505531527
- Weems, C. F., Silverman, W. K., Rapee, R. M., & Pina, A. A. (2003). The Role of control in childhood anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 27(5), 557-598. DOI: 10.1023/A:1026307121386
- Weems, C. F., & Watts, S. E. (2005). Cognitive models of childhood anxiety. Dans C. M. Velonis (dir.), *Anxiety disorder research*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Colloque annuel de l'Association Américaine de la Recherche en éducation, 62e édition, Toront, Ontario, Canada, mars 27-31.
- Wentzel, K. R., & McNamara, C. C. (1999). Interpersonal relationships, emotional distress, and prosocial behavior in middle school. *Journal of Early Adolescence* 19(1), 114-125. DOI: 10.1177/0272431699019001006
- Westenberg, P. M., Drewes, M. J., Goedhart, A. W., Siebelink, B. M., & Treffers, P. D. A. (2004). A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: social-evaluative fears on the rise? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 481-495. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.00239.x
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(1), 78-89. DOI: 10.2307/2136504
- Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35(1), 232-245. DOI: 10.1037/0012-1649.35.1.232
- Wittchen, H.-U., Beesdo, K., Bittner, A., & Goodwin, R. D. (2003). Depressive episodes—evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *European Psychiatry*, 18, 384-393. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2003.10.001
- Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Pfister, H., & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 14-23.
- Witteborg, K. M., Lowe, P. A., & Lee, S. W. (2009). Examination of the relationship among different dimensions of trait anxiety, demographic variables, and self-reported school adjustment in elementary and secondary school students. *Journal of Applied School Psychology*, 25(1), 28-46. DOI: 10.1080/15377900802484141
- Wood, J. J. (2006). Effect of anxiety reduction on children's school performance and social adjustment. *Developmental Psychology*, 42(2), 345-349. DOI: 10.1037/0012-1649.42.2.345

- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134-151. DOI: 10.1111/1469-7610.00106
- Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-1093. DOI: 10.1097/00004583-200109000-00018
- Young, J. F., Berenson, K., Cohen, P., & Garcia, J. (2005). The role of parent and peer support in predicting adolescent depression: a longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, 15(4), 407-423. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2005.00105.x
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slaterry, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443-466. DOI: 10.1017/S0954579400003102